|  |
| --- |
| OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA |
| **Dostawa respiratorów przeznaczonych dla Nowej Siedziby Szpitala Uniwersyteckiego (NSSU) wraz z instalacją, uruchomieniem oraz szkoleniem personelu** **Część 6 respirator transportowy – 19 sztuk** |

Uwagi i objaśnienia:

* Parametry określone jako „Tak” są parametrami granicznymi. Udzielenie odpowiedzi „nie” lub innej nie stanowiącej jednoznacznego potwierdzenia spełniania warunku będzie skutkowało odrzuceniem oferty.
* Parametry o określonych warunkach liczbowych ( „>=” lub „=<” ) są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wartość podana przy znaku „=” oznacza wartość wymaganą.
* Brak odpowiedzi w przypadku pozostałych warunków, punktowany będzie jako 0.
* Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie,
* Wykonawca gwarantuje niniejszym, że sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji 2018) nie jest rekondycjonowany, używany, powystawowy, jest kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa i typ:** | ……………………………………………… |
| **Producent:** | ……………………………………………… |
| **Kraj produkcji:** | ……………………………………………… |
| **Rok produkcji:** | ……………………………………………… |
| **Klasa wyrobu medycznego** | ……………………………………………… |

|  |
| --- |
| **ZAMÓWIENIE PODSTAWOWE:****Dostawa respiratorów przeznaczonych dla Nowej Siedziby Szpitala Uniwersyteckiego (NSSU) wraz z instalacją, uruchomieniem oraz szkoleniem personelu**  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot | Liczba sztuk | Cena jednostkowa brutto sprzętu (w zł) | **A:** Cena brutto sprzętu (w zł): |
| Respirator transportowy | 19 |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **B:** Cena brutto dostawy sprzętu do nowej siedziby Szpitala (w zł): |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **C:** Cena brutto instalacji, szkolenia i uruchomienia sprzętu w nowej siedzibie Szpitala (w zł): |
|  |

|  |
| --- |
| **ZAMÓWIENIE OPCJONALNE:****dostawa sprzętu do magazynu Wykonawcy oraz przechowywania w magazynie sprzętu w magazynie Wykonawcy nie dłużej niż do 30.11.2019 r.** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot | Liczba sztuk | Liczba miesięcy | Cena brutto miesięcznego przechowywania w magazynie 1 sztuki sprzętu (w zł) | **D:** Cena brutto przechowywania w magazynie łącznej liczby sztuk sprzętu przez zakładaną łączną liczbę miesięcy (w zł): |
| Respirator transportowy | 19 | 14 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **A+ B + C + D**: Cena brutto oferty (w zł) |  |

**PARAMETRY TECHNICZNE I EKSPLOATACYJNE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | PARAMETR | **PARAMETR WYMAGANY** | **Parametr oferowany** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | oba typy respiratorów opisanych poniżej – jednego producenta | podać |  | Tak – 5 pkt., nie – 0 pkt. |
|  | **RESPIRATOR TRANSPORTOWY – TYP 1 (TURBINOWY) – 12 szt.:** |  |
|  | respirator przeznaczony do wspomagania oddechu oraz terapii niewydolności oddechowych | Tak |  | - - - |
|  | możliwość stosowania dla dorosłych oraz dzieci o wadze >= 10 [kg] | Tak |  | - - - |
|  | aparat o funkcjach stacjonarno – transportowych wyposażony standardowo w podstawę jezdną | Tak |  | - - - |
|  | funkcja testowania sprawdzająca poprawność działania, podatność i szczelność układu oddechowego uruchamiająca się po włączeniu aparatu automatycznie lub włączana na żądanie | Tak |  | - - - |
|  | rodzaje testów sprawdzających działanie respiratora - opisać | Tak |  | - - - |
|  | automatyczna kompensacja podatności układu oddechowego | Tak |  | - - - |
|  | sposób zabezpieczenia przed przypadkową zmianą nastawionych parametrów | podać |   | elektroniczny – 2 pkt., inne rozwiązania – 0 pkt. |
|  | regulacja stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej w zakresie 21-100 [% O2 ] | Tak |  | - - - |
|  | **TRYBY WENTYLACJI:** |  |
|  | kontrolowana i wspomagana kontrolowana wentylacja mechaniczna | Tak |  | - - - |
|  | SIMV | Tak |  | - - - |
|  | wentylacja spontaniczna | Tak |  | - - - |
|  | programowana zastępcza wentylacja przy bezdechu | Tak |  | - - - |
|  | wentylacja na dwóch poziomach dodatniego ciśnienia | Tak |  | - - - |
|  | wentylacja na dwóch poziomach dodatniego ciśnienia z gwarantowaną objętością lub z wentylacją na dwóch poziomach ciśnienia ze wspomaganiem ciśnieniowym | podać |  | Tak - 5 pkt, nie – 0 pkt. |
|  | wentylacja nieinwazyjna | Tak |  | - - - |
|  | wszystkie oferowane tryby wentylacji dostępne Także dla wentylacji niewinwazyjnej NIV | podać |  | Tak - 5 pkt, nie – 0 pkt. |
|  | **TYPY ODDECHÓW:** |   |
|  | wentylacja wymuszona kontrolowana ciśnieniem | Tak |  | - - - |
|  | wentylacja wymuszona kontrolowana objętością | Tak |  | - - - |
|  | wentylacja ze wspomaganiem oddechu spontanicznego ciśnieniem lub przepływem | Tak |  | - - - |
|  | westchnienie (manualne lub automatyczne) | Tak |  | - - - |
|  | oddechy spontaniczne pacjenta możliwe we wszystkich trybach wentylacji | podać |  | Tak - 5 pkt., nie – 0 pkt. |
|  | wentylacja kontrolowana ciśnieniem z docelową objętością typu AutoFlow, PRVC, APV, VC+ lub równoważna | Tak |  | - - - |
|  | **PARAMETRY WENTYLACJI WYMUSZONEJ:** |  |
|  | częstość oddechów [1/min] - zakres | podać |  | 80 odd/min i więcej – 2 pkt., mniejsze wartości – 1 pkt |
|  | objętość oddechu [ml] | podać |  | 2000 i więcej – 2 pkt., mniejsze wartości – 1 pkt. |
|  | maksymalny przepływ [l/min] - zakres | podać |  | 180 i więcej – 2 pkt., mniejsze wartości – 1 pkt |
|  | stosunek wdechu do wydechu - podać | Tak |  | - - - |
|  | ciśnienie wdechowe [mbar] - zakres | podać |  | - - - |
|  | ciśnienie wspomagania [mbar] – podać zakres | Tak |  | - - - |
|  | plateau [s] – podać zakres (o ile dotyczy) lub respirator z przytrzymaniem na szczycie wdechu | Tak |  | - - - |
|  | możliwość programowania kształtu krzywej oddechowej | ~~Tak~~Podać |  | ~~- - -~~tak – 2 pkt., nie – 0 pkt. |
|  | możliwość rozpoznawania oddechu własnego pacjenta | Tak |  | - - - |
|  | **OBRAZOWANIE PARAMETRÓW WENTYLACJI:** |   |
|  | aktualny tryb wentylacji | Tak |  | - - - |
|  | częstość oddychania | Tak |  | - - - |
|  | objętość oddechu | Tak |  | - - - |
|  | objętość wentylacji minutowej | Tak |  | - - - |
|  | ciśnienie szczytowo-wdechowe | Tak |  | - - - |
|  | ciśnienie średnie | Tak |  | - - - |
|  | ciśnienie PEEP | Tak |  | - - - |
|  | pomiar stężenia tlenu | Tak |  | - - - |
|  | stosunek wdechu do wydechu lub czas wdechu i czas wydechu lub stosunek czasu wdechu do czasu trwania całego cyklu oddechowego | Tak |  | - - - |
|  | podatność płuc pacjenta | Tak |  | - - - |
|  | inne wyżej nie opisane | podać |  | - - - |
|  | **MONITOR:** |  |
|  | respirator wyposażony w monitor podać przekątną [‘] | >= ~~10~~ 8 |  | 12 cali i więcej – 3 pkt.,mniejsze wartości – 1 pkt. |
|  | dodatkowy monitor do nastawiania parametrów | podać |   | Tak – 3 pkt., nie – 0 pkt. |
|  | prezentacja krzywej zmiany ciśnienia | Tak |   | - - - |
|  | prezentacja krzywej zmiany przepływu | Tak |   | - - - |
|  | prezentacja krzywej objętości oddechowej lub pętli: ciśnienie/objętość oraz przepływ/objętość | Tak |   | - - - |
|  | prezentacja pętli oddechowych | Tak |   | - - - |
|  | pamięć nastawionych parametrów | Tak |   | - - - |
|  | ilość zdarzeń możliwych do rejestracji w pamięci - podać | podać |  | 200 i więcej – 2 pkt., mniejsze wartości – 1 pkt. |
|  | trendy parametrów wentylacji [godz.] | podać |  | 72 godz. i więcej – 3 pkt., mniejsze wartości – 1 pkt. |
|  | **ALARMY:** |   |
|  | brak zasilania w energię elektryczną | Tak |  | - - - |
|  | niskie ciśnienie gazów zasilających | Tak |  | - - - |
|  | minimalne i maksymalne stężenie tlenu | Tak |   | - - - |
|  | minimalna całkowita objętość minutowa | Tak |   | - - - |
|  | częstość oddechów | Tak |   | - - - |
|  | ciśnienie szczytowe wdechu | Tak |   | - - - |
|  | bezdech | Tak |   | - - - |
|  | pamięć alarmów | Tak |   | - - - |
|  | alarmy według hierarchii ważności | Tak |   | - - - |
|  | zabezpieczenie przed przypadkową zmianą nastawionych parametrów | Tak |   | - - - |
|  | sposób pomiaru parametrów wentylacji (krótki opis czujnika pomiarowego) | opisać |   | - - - |
|  | możliwość dalszej rozbudowy funkcji podczas jego użytkowania. | Tak |   | - - - |
|  | **PARAMETRY EKSPLOATACYJNE:** |  |
|  | masa całego zestawu [kg] | podać |  |  30 kg i mniej – 2 pkt. , większe wartości – 1 pkt. |
|  | zakres napięcia 220/240 [V] | Tak |   | - - - |
|  | częstotliwość 50/60 [Hz] | Tak |   | - - - |
|  | pobór mocy – średni [VA] | podać |   | - - - |
|  | czas pracy zasilania awaryjnego oferowanego aparatu >= 30 [min.] | podać |  | 45 [min] i więcej – 3 pkt. ,mniejsze wartości – 1 pkt. |
|  | aparat wyposażony w kompresor lub turbinę  | Tak |   | - - - |
|  | zasilanie w tlen ze źródła sprężonego gazu [bar] | podać |  | - - - |
|  | możliwość pracy aparatu przy zakresach ciśnień zasilających tlenu od 3 do 5 [atm] | Tak |   | - - - |
|  | **WYPOSAŻENIE:** |  |
|  | układ oddechowy wielokrotnego użytku (2 szt.) | Tak |   | - - - |
|  | płuco testowe (1szt.) | Tak |   | - - - |
|  | ramię przegubowe ( 1 szt.) | Tak |   | - - - |
|  | układ do nebulizacji pacjentów ( 1 szt.) | Tak |   | - - - |
|  | nebulizator (do każdego respiratora w cenie oferty) | podać |  | - - - |
|  | uchwyt na rury układu oddechowego | Tak |   | - - - |
|  | **RESPIRATOR TRANSPORTOWY – TYP 2 – 7 szt.:**  |  |
|  | Respirator do zaawansowanej terapii oddechowej w trakcie transportu wewnątrzszpitalnego oraz w karetce | Tak |   | - - - |
|  | Zasilanie gazowe w tlen z butli o ciśnieniu roboczym w zakresie minimum od 2,8 do 5,0 bar | Tak |   | - - - |
|  | System automatycznego wykrywania i przełączania źródła zasilania w tlen   | Tak |   | - - - |
|  | zasilanie z własnej baterii wewnętrznej na minimum 4 [godz] godziny | podać |  | 6 godz. i więcej – 2 pkt., krótsze okresy – 1 pkt. |
|  | zasilanie AC 230 [V] oraz z zewnętrznego źródła DC o napięciu w zakresie minimum od 12 do 30 [V] lub respirator o zasilaniu AC 230 [V] oraz z zewnętrznego źródła DC o napięciu w zakresie 12/24/28 VDC | Tak |   | - - - |
|  | waga maksymalna respiratora (bez wyposażenia) do 8 kg | Tak |   | - - - |
|  | Nastawy częstości oddechów, objętości oddechowej i maksymalnego ciśnienia wentylacji bezpośrednio z dedykowanych umieszczonych na panelu przednim pokręteł lub respirator z obsługą nastaw poprzez ekran dotykowy i/lub pokrętło | podać |  | Tak - 3 pkt., nie – 0 pkt. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Tryby wentylacji:** |   |
|  | IPPV - CMV,  | Tak |   | - - - |
|  | Wentylacja ciśnieniowo kontrolowana z gwarantowaną objętością (typu PRVC, VG, AutoFlow) | Tak |   | - - - |
|  | SIMV | Tak |   | - - - |
|  | CPAP/PEEP | Tak |   | - - - |
|  | PCV-wentylacja kontrolowana ciśnieniem | Tak |   | - - - |
|  | PSV- wentylacja wspomagana ciśnieniem | podać |  | Tak - 5 pkt., nie – 0 pkt. |
|  | NIV- wentylacja nieinwazyjna na maskę | Tak |   | - - - |
|  | Wszystkie oferowane tryby wentylacji dostępne Także dla wentylacji niewinwazyjnej NIV lub wydzielone tryby do wentylacji NIV, które posiadają dedykowane algorytmy do prowadzenia takiej wentylacji | podać |   | Tak - 5 pkt., nie – 0 pkt. |
|  | Funkcja wspomagania odsysania z natlenowaniem przed i po odsysaniu, bez występowania alarmu i przy wstrzymanej pracy respiratora | Tak |   | - - - |
|  | **PARAMETRY REGULOWANE:** |    |
|  | Częstość oddechów regulowany w zakresie minimum 5-55 1/min | podać |  | 60 odd/min i więcej – 3 pkt., mniejsze wartości – 1 pkt. |
|  | Czas wdechu regulowany w zakresie minimum 0,2 do 5 sekund  | Tak |   | - - - |
|  | Ciśnienie wdechu regulowane w zakresie minimum od 5 do 45 mbar | Tak |   | - - - |
|  | Ciśnienie PEEP regulowane w zakresie minimum 0 do 20 mbar | Tak |   | - - - |
|  | Ciśnienie PSV regulowane w zakresie minimum od 0 do 30 mbar | Tak |   | - - - |
|  | Objętość pojedynczego oddechu zakres min 50-1900 ml | podać |  | wartość wymagana – 1 pkt., wyższa niż wymagana – 2 pkt. |
|  | Regulowany stosunek wdechu do wydechu w zakresie minimum 1:3 do 3:1  | Tak |   | - - - |
|  | Płynna regulacja stężenia tlenu w zakresie minimum 50-100% | Tak |   | - - - |
|  | Zastawka nadciśnieniowa lub respirator transportowy, którego konstrukcja nie wymaga stosowania zastawki nadciśnieniowej (respirator automatycznie zabezpieczający system otwierając zawór wydechowy w przypadku powstania wysokiego ciśnienia w układzie lub jego zablokowania) | Tak |   | - - - |
|  |  regulowana w zakresie minimum: 20 do 50 mbar – o ile dotyczy | Tak |   | - - - |
|  | Synchronizacja z oddechem własnym pacjenta- płynnie regulowany trigger przepływowy | Tak |   | - - - |
|  | **OBRAZOWANIE MIERZONYCH PARAMETRÓW WENTYLACJI:** |   |
|  | Częstość oddychania | Tak |   | - - - |
|  | Częstość oddechów spontanicznych  | Tak |   | - - - |
|  | Objętość pojedynczego oddechu | Tak |   | - - - |
|  | Wentylacja minutowa | Tak |   | - - - |
|  | Wentylacja minutowa spontaniczna | Tak |   | - - - |
|  | Ciśnienie szczytowo-wdechowe | Tak |   | - - - |
|  | Ciśnienie średnie | Tak |   | - - - |
|  | Ciśnienie Plateau | Tak |   | - - - |
|  | Ciśnienie PEEP | Tak |   | - - - |
|  | Przepływ wdechowy | Tak |   | - - - |
|  | Prezentacja graficzna krzywej ciśnienie/czas i przepływ/czas | Tak |   | - - - |
|  | Pomiar etCO2 zintegrowany | podać |   | Tak - 5 pkt., nie – 0 pkt. |
|  | **ALARMY:** |   |
|  | Niskiego ciśnienia gazów zasilających | Tak |   | - - - |
|  | Wysokiej częstości oddechów - tachypnoe | Tak |   | - - - |
|  | Za wysokiego ciśnienia szczytowego wdechu | Tak |   | - - - |
|  | Za niskiego ciśnienia wdechu | Tak |   | - - - |
|  | Alarm bezdechu | Tak |   | - - - |
|  | **INNE WYMAGANIA:** |   |
|  | Komunikacja z respiratorem w języku polskim | Tak |   | - - - |
|  | Reduktor tlenowy z gwintem ¾ cala i drenem ciśnieniowym do podłączenia respiratora | Tak |   | - - - |
|  | Kompletny uchwyt do zamocowania i przenoszenia respiratora, butli z reduktorem i akcesoriów | Tak |   | - - - |
|  | Układ oddechowy dla dorosłych - 5 kompletów / urządzenie | Tak |   | - - - |
|  | Odporny na wstrząsy  | Tak |   | - - - |
|  | Odporny na zmiany temperatury w zakresie:od -15 do 40 [°C]  | Tak |   | - - - |

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | PARAMETR | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | **GWARANCJE** |  |
|  | Okres pełnej, bez wyłączeń gwarancji dla wszystkich zaoferowanych elementów wraz z urządzeniami peryferyjnymi (jeśli dotyczy)[liczba miesięcy]*UWAGA – należy podać pełną liczbę miesięcy. Wartości ułamkowe będą przy ocenie zaokrąglane w dół – do pełnych miesięcy. Zamawiający zastrzega, że okres rękojmi musi być równy okresowi gwarancji. Zamawiający zastrzega, że górną granicą punktacji gwarancji będzie 10 lat.* | => 24 |  | Najdłuższy okres – 30 pkt.Inne – proporcjonalnie mniej względem najdłuższego okresu |
|  | Gwarancja na turbinę (dla respiratora typu 1)*UWAGA – należy podać pełną liczbę miesięcy. Wartości ułamkowe będą przy ocenie zaokrąglane w dół – do pełnych miesięcy. Zamawiający zastrzega, że okres rękojmi musi być równy okresowi gwarancji. Zamawiający zastrzega, że górną granicą punktacji gwarancji będzie 10 lat.* | => 60 |  | Najdłuższy okres – 20 pkt.Inne – proporcjonalnie mniej względem najdłuższego okresu |
|  | Gwarancja dostępności części zamiennych [liczba lat] – min. 8 lat (peryferyjny sprzęt komputerowy – min. 5 lat – dopuszcza się wymianę na sprzęt lepszy od zaoferowanego) | Tak |  | - - - |
|  | W przypadku, gdy w ramach gwarancji następuje wymiana sprzętu na nowy/dokonuje się istotnych napraw sprzętu/wymienia się istotne części sprzętu (podzespołu itp.) termin gwarancji biegnie na nowo. W przypadku zaś  innych napraw przedłużenie okresu gwarancji o każdy dzień w czasie którego Zamawiający nie mógł korzystać z w pełni sprawnego sprzętu | Tak |  | - - - |
|  | **WARUNKI SERWISU** |  |
|  | Zdalna diagnostyka przez chronione łącze z możliwością rejestracji i odczytu online rejestrów błędów, oraz monitorowaniem systemu(uwaga – całość ewentualnych prac i wyposażenia sprzętowego, które będzie służyło tej funkcjonalności po stronie wykonawcy) | podać |  | Tak – 3 pkt.nie – 0 pkt. |
|  | W cenie oferty - przeglądy okresowe w okresie gwarancji (w częstotliwości i w zakresie zgodnym z wymogami producenta).Obowiązkowy bezpłatny przegląd z końcem biegu gwarancji | Tak |  | - - - |
|  | Wszystkie czynności serwisowe, w tym ponowne podłączenie i uruchomienie sprzętu w miejscu wskazanym przez Zamawiającego oraz przeglądy konserwacyjne, w okresie gwarancji - w ramach wynagrodzenia umownego | Tak |  | - - - |
|  | Czas reakcji (dotyczy Także reakcji zdalnej): „przyjęte zgłoszenie – podjęta naprawa” =< 48 [godz.] | Tak |  | - - - |
|  | Możliwość zgłoszeń 24h/dobę, 365 dni/rok  | Tak |  | - - - |
|  | Wymiana każdego podzespołu na nowy po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy | Tak |  | - - - |
|  | Zakończenie działań serwisowych – do 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia awarii, a w przypadku konieczności importu części zamiennych, nie dłuższym niż 10dni roboczych od dnia zgłoszenia awarii. | Tak |  | - - - |
|  | Struktura serwisowa gwarantująca realizację wymogów stawianych w niniejszej specyfikacji lub udokumentowana/uprawdopodobniona dokumentami możliwość gwarancji realizacji wymogów stawianych w niniejszej specyfikacji – należy podać wykaz serwisów i/lub serwisantów posiadających uprawnienia do obsługi serwisowej oferowanych urządzeń (należy podać dane teleadresowe, sposób konTaktu i liczbę osób serwisu własnego lub podwykonawcy posiadającego uprawnienia do tego typu działalności) | Tak |  | - - - |
|  | Sprzęt/y będzie/będą pozbawione haseł, kodów, blokad serwisowych, itp., które po upływie gwarancji utrudniałyby Zamawiającemu dostęp do opcji serwisowych lub naprawę sprzętu/ów przez inny niż Wykonawca umowy podmiot, w przypadku nie korzystania przez zamawiającego z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy  | Tak |  | - - - |
|  | **SZKOLENIA:** |  |
|  | Szkolenia dla personelu medycznego z zakresu obsługi urządzenia (min. 10 osób z możliwością podziału i szkolenia w mniejszych podgrupach) w momencie jego instalacji i odbioru; w razie potrzeby Zamawiającego, możliwość stałego wsparcia aplikacyjnego w początkowym (do 6 -ciu miesięcy) okresie pracy urządzeń (dodatkowe szkolenie, dodatkowa grupa osób, konsultacje, itp.) | Tak |  | - - - |
|  | Szkolenia dla personelu technicznego (min. 2 osoby) z zakresu podstawowej diagnostyki stanu technicznego i wykonywania podstawowych czynności konserwacyjnych, diagnostycznych i przeglądowych; w razie potrzeby możliwość stałego wsparcia aplikacyjnego w początkowym (do 6-iu miesięcy) okresie pracy urządzeń (dodatkowe szkolenie, dodatkowa grupa osób, konsultacje, itp.) | Tak |  | - - - |
|  | Szkolenia dla personelu informatycznego w celu umożliwienia m. in. zdalnej diagnostyki, wymagań konferencyjnych, wpięcia urządzenia w system gromadzenia dokumentacji medycznej szpitala, diagnostyki i konfiguracji (min. 1 osoba) | Tak |  | - - - |
|  | Liczba i okres szkoleń:* pierwsze szkolenie - tuż po instalacji systemu, w wymiarze do 2 dni roboczych
* dodatkowe, w razie potrzeby, w innym terminie ustalonym z kierownikiem pracowni,

*Uwaga – szkolenia dodatkowe dla wszystkich grup w co najmniej Takiej samej liczbie osób jak podano w powyższych punktach* | Tak |  | - - - |
|  | **DOKUMENTACJA:** |  |
|  | Instrukcje obsługi w języku polskim w formie elektronicznej i drukowanej (przekazane w momencie dostawy dla każdego egzemplarza) – dotyczy Także urządzeń peryferyjnych | Tak |  | - - - |
|  | Wykonawca w ramach dostawy sprzętu zobowiązuje się dostarczyć komplet akcesoriów, okablowania itp. asortymentu niezbędnego do uruchomienia i funkcjonowania aparatu jako całości w wymaganej specyfikacją konfiguracji | Tak |  | - - - |
|  | Dokumentacja (lub tzw. lista kontrolna zawierająca wykaz części i czynności) dotycząca przeglądów technicznych w języku polskim (dostarczona przy dostawie)*UWAGA – dokumentacja musi zapewnić co najmniej pełną diagnostykę urządzenia, wykonywanie drobnych napraw, regulacji, kalibracji, oraz przeglądów okresowych w standardzie wymaganym przez producenta* | Tak |  | - - - |
|  | Z urządzeniem wykonawca dostarczy paszport techniczny zawierający co najmniej Takie dane jak: nazwa, typ (model), producent, rok produkcji, numer seryjny (fabryczny), inne istotne informacje (itp. części składowe, istotne wyposażenie, oprogramowanie), kody z aktualnie obowiązującego słownika NFZ (o ile występują) | Tak |  | - - - |
|  | Instrukcja konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji dla zaoferowanych elementów wraz z urządzeniami peryferyjnymi (jeśli dotyczy), dostarczona przy dostawie i wskazująca, że czynności te prawidłowo wykonane nie powodują utraty gwarancji | Tak |  | - - - |
|  | Możliwość mycia i dezynfekcji poszczególnych elementów aparatów w oparciu o przedstawione przez wykonawcę zalecane preparaty myjące i dezynfekujące.*UWAGA – zalecane środki powinny zawierać nazwy związków chemicznych, a nie tylko nazwy handlowe preparatów.* | Tak |  | - - - |