**Załącznik nr 1a SIWZ do Pakietu nr 1- Zestawienie parametrów i warunków technicznych.**

Oprogramowanie do posiadanego **aparatu echokardiograficznego – Philips EPIQ** – kpl.1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| l.p. | opis wymaganego oprogramowania | Wymóg | PARAMETRY OFEROPWANE |
| 1 | Rozbudowa aparatu EPIQ 7 firmy Philips o oprogramowanie do zautomatyzowanego wykrywania granic jam serca i jednoczesnego wyliczania frakcji wyrzutowej lewej komory serca oraz objętości lewego przedsionka z obrazu 3D.  | TAK |  |
| 2 | Automatyczny podział obrazu 3D na projekcje w skurczu i rozkurczu z możliwością dopasowania obrysu w postaci edycji regionalnej i globalnej. | TAK |  |
| 3 | Gwarancja min. 24 mies. | TAK | Opis wg wymagań opisanych w pkt. 9 SIWZ |

Data ….……………………Podpis Wykonawcy……..

**Załącznik nr 1b SIWZ do Pakietu nr 2- Zestawienie parametrów i warunków technicznych.**

 **Hak wielofunkcyjny- szt.1**

Nazwa : .............................................................................................................................

Typ /Model ....................................................................................................................................

Rok produkcji : ...............................................................................................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Parametry techniczne | Parametry graniczne (wymagane) | Parametr oferowany | Ocena techniczna |
| 1 | **Certyfikaty i dokumenty:** |  |  |  |
| 2 | Certyfikat CE (podać nr certyfikatu), oznakowanie znakiem CE - jeśli dotyczy. | TAK, Podać |  |  |
| 3 | Powiadomienie/ zgłoszenie/ przeniesienie wysłane do Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. | TAK, Podać |  |  |
| 4 | Producent. | Podać |  |  |
| 5 | Kraj pochodzenia. | Podać |  |  |
| 6 | Urządzenie typ: | Podać |  |  |
| 7 | Kopia ważnych posiadanych dopuszczeń do obrotu zgodnie z wymogami ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t. j. Dz.U. 2017 poz. 211) | TAK |  |  |
|  | Lata produkcji: od 2016, sprzęt fabrycznie nowy. | TAK, Podać |  |  |
| 8 | **Hak chirurgiczny / retraktor wielofunkcyjny – zestaw:** |  |  |  |
| 9 | Retraktory wielofunkcyjne statywowe z możliwością stabilnego, jednostronnego lub dwustronnego montażu do każdego stołu operacyjnego. | TAK |  |  |
| 10 | Bezpieczna ekspozycja pola operacyjnego w trakcie zabiegów chirurgicznych. | TAK |  |  |
| 11 | Możliwość zamocowania ramion mocujących zaczepy zaciskowe z dala od pola operacyjnego. | TAK |  |  |
| 12 | Opcja jednoczesnego zamontowania wielu haków obrotowych, przy użyciu jednoelementowych zaczepów. | TAK |  |  |
| 13 | Jednoelementowe zaczepy, trwale połączone ze sobą bez potrzeby skręcania poszczególnych części. | TAK lub NIE |  | **0 pkt – zaczep z kilku części****10 pkt – jednoelementowy zaczep** |
| 14 | Szybki montaż zaczepów i mocowanie ich do ramienia jednym ruchem, do zablokowania w pozycji typu "LOCKED”  | TAK |  |  |
| 15 | Możliwość szybkiej zmiany haka podczas operacji, bez konieczności zmiany ustawienia zaczepu lub bez konieczności demontażu zaczepu. | TAK lub NIE |  | **0 pkt – brak możliwości zmiany haka****10 pkt – możliwość zmiany haka** |
| 16 | Dostępne różne wymiary haków. | TAK |  |  |
| 17 | Zestaw elementów, kompatybilnych ze sobą(z możliwością rozbudowy), umożliwiający indywidualne dopasowanie do wymagań lekarza operującego. | TAK |  |  |
| 18 | Retraktory wykonane z najwyższej jakości specjalistycznej stali nierdzewnej, odporne na mycie, dezynfekcję i sterylizację. | TAK |  |  |
| 19 | **Elementy składowe zestawu:** |  |  |  |
| 20 | Wspornik boczny dwuklamrowy, o wysokości 45 cm, mocowany do listew bocznych stołu operacyjnego. | TAK, 4 szt. |  | **0 pkt – wysokość poniżej 45 cm lub wyżej niż 47 cm****10 pkt – wysokość 45-46 cm** |
| 21 | Poprzeczka ruchoma górna na dwóch zawiasach do mocowania zaczepów zaciskowych i poszczególnych haków – ustawiana nad klatką piersiową w poprzek ciała pacjenta, o wymiarach ok. 28 cm x 22 cm x 28 cm | TAK, 2 szt. |  | **0 pkt - brak ruchomości poprzeczki****10 pkt – ruchomość poprzeczki** |
| 22 | Dodatkowe złącze do zabudowy ramy. | TAK, 2 szt. |  | **0 pkt - brak dodatkowego złącza****10 pkt – dodatkowe złącze** |
| 23 | Zakrzywione ramię boczne pod kątem 45°, o wymiarach 20 cm x 40 cm do mocowania zaczepów zaciskowych i poszczególnych haków, ustawiane w poprzek ciała pacjenta. | TAK, 2 szt. |  | **0 pkt – krótsza część ramienia poniżej 15 cm a dłuższa powyżej 50 cm****10 pkt – części ramienia o długości 20 cm i 40 cm** |
| 24 | Zakrzywione ramię boczne pod kątem 45°, o wymiarach 15 cm x 50 cm do mocowania zaczepów zaciskowych i poszczególnych haków, ustawiane wzdłuż ciała pacjenta.  | TAK, 4 szt. |  | **0 pkt – krótsza część ramienia poniżej 15 cm a dłuższa powyżej 50 cm;****brak zakrzywienia o kącie 45°****10 pkt – części ramienia o długości 15 cm i 50 cm, zakrzywione pod kątem 45°** |
| 25 | Jednoelementowe zaczepy zaciskowe o długości 20 cm połączone z ramieniem mocującym hak, ustawiane wielopłaszczyznowo, z możliwością regulacji kąta nachylenia. | TAK, 4 szt. |  | **0 pkt – zaczep krótszy niż 20 cm, bez regulacji kąta****10 pkt – zaczep długości 20-22 cm, z regulacją kąta** |
| 26 | Jednoelementowe zaczepy zaciskowe o długości 20 cm, połączone z ramieniem mocującym hak. | TAK, 8 szt. |  | **0 pkt – zaczep nie jednoelementowy krótszy niż 20 cm****10 pkt – zaczep jednoelementowy o długości 20-22 cm** |
| 27 | Hak powłokowy prostokątny typu Fence, obrotowy o wymiarach 102 mm x 152 mm | TAK, 2 szt. |  | **0 pkt – wymiary poniżej 100mm x 150mm****10 pkt – wymiary 102mm x 152mm** |
| 28 | Hak powłokowy typu Balfour, z rantem, obrotowy, o wymiarach 83 mm x 76 mm | TAK, 4 szt. |  | **0 pkt – wymiary poniżej 80mm x 75mm****10 pkt – wymiary 83mm x 76mm** |
| 29 | Hak powłokowy typu Balfour, bez rantu, obrotowy, o wymiarach 83 mm x 127 mm | TAK, 4 szt. |  | **0 pkt – wymiary poniżej 80mm x 125mm****10 pkt – wymiary 83mm x 127mm** |
| 30 | Hak nieplastyczny, obrotowy typu Deaver o wymiarach 51 mm x 127 mm | TAK, 4 szt. |  |  |
| 31 | Hak powłokowy szeroki typu Balfour, z rantem, obrotowy o wymiarach 114 mm x 57 mm | TAK, 4 szt. |  |  |
| 32 | Kontener do przechowywania i sterylizacji o wymiarach 559 x 279 x 81 mm | TAK, 2 szt. |  | **0 pkt – długość poniżej 530mm****10 pkt – długość 550-565mm** |
| 33 | **Inne:** |  |  |  |
| 34 | Instrukcja obsługi w języku polskim (w wersji wydrukowanej i elektronicznej na płycie CD lub DVD), skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada),- *należy dostarczyć wraz z dostawą do Kupującego.* | TAK |  |  |
| 35 | Dokument dopuszczający do użytkowania na terenie Polski (CE, deklaracja zgodności, wpis do rejestru wyrobów medycznych)- *należy dołączyć do oferty i*- *należy dostarczyć wraz z dostawą do Kupującego.* | TAK |  |  |
| 36 | Wykaz autoryzowanych przedstawicieli serwisowych i oświadczenie o autoryzacji Producenta dla wskazanych przedstawicieli serwisowych- *należy dostarczyć wraz z dostawą do Kupującego.* | TAK |  |  |
| 37 | Specyfikacja techniczna z zaznaczeniem zawartych w tabeli parametrów technicznych*- należy dostarczyć wraz z dostawą do Kupującego.* | TAK |  |  |
| 38 | Karta gwarancyjna*- należy dostarczyć wraz z dostawą do Kupującego.* | TAK |  |  |
| 39 | Oryginalne firmowe prospekty Producentów sprzętu potwierdzające spełnienie parametrów technicznych (dokumenty sporządzone w języku obcym winny być złożone wraz z tłumaczeniem na język polski, poświadczonym przez Oferenta). Wymagane jest, aby parametry techniczne prezentowane w załączonych prospektach odpowiadały parametrom opisanym w tabeli: **„**Opis sprzętu - wymagania techniczne”*- należy dostarczyć wraz z dostawą do Kupującego.* | TAK |  |  |
| 40 | Oświadczenie Oferenta o trwałym oznakowaniu sprzętu nazwą Producenta*- należy dostarczyć wraz z dostawą do Kupującego.* | TAK |  |  |
| 41 | **Dostawa i montaż:** | TAK |  |  |
| 43 | Szkolenie- instruktaż personelu z zakresu użytkowania i obsługi, potwierdzone protokołem, 1 spotkanie. | TAK |  |  |
| 44 | Szkolenie - instruktaż personelu z zakresu mycia, dezynfekcji i sterylizacji sprzętu, potwierdzone protokołem, 1 spotkanie. | TAK |  |  |
| 44 | Wszystkie narzędzia wolne od wad w materiale lub produkcji przez okres minimum 5 lat, zarówno na wady materiału, jak i wykonania/ produkcji. | TAK |  |  |
| 45 | Dostępność części zamiennych 5 lat od daty dostawy. | TAK |  |  |
| 46 | Czas naprawy do 12 dni roboczych od daty zgłoszenia awarii, a w przypadku przekroczenia 12 dniowego terminu naprawy, bezpłatne dostarczenie sprzętu zastępczego. | TAK |  |  |
| 47 | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie drukowanej i elektronicznej. | TAK |  |  |
| 48 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. | TAK |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **INNE WYMAGANIA:** |  |  |
|  | Czas reakcji (przyjęcie zgłoszenia, podjęcia naprawy) serwisu gwarancyjnego nie może przekraczać 24 godzin w dni robocze rozumiane jako dni od pn-pt z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy | TAK |  |
|  | Czas skutecznej naprawy bez użycia części zamiennych licząc od momentu zgłoszenia awarii – max 48 godzin w dni rozumiane, jako dni od pn-pt z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | TAK |  |
|  | Czas skutecznej naprawy z użyciem części zamiennych licząc od momentu zgłoszenia awarii – max. 6 dni roboczych rozumiane, jako dni pn-pt z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.  | TAK |  |
|  | Gwarancję przedłuża się o okres przerwy w eksploatacji związany z naprawa urządzenia. | TAK |  |
|  | Wszelkie naprawy serwisowe oraz czynności obsługowe dokonane w okresie gwarancyjnym zostaną odnotowane przez serwis Wykonawcy w karcie pracy lub raporcie serwisowym. | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji naprawy techniczne lub wynikające z wad ukrytych tego samego podzespołu powodują wymianę podzespołu na nowy. | TAK |  |
|  | Wykonawca gwarantuje Zamawiającemu pełny zakres obsługi gwarancyjnej nieodpłatnie (z wyjątkiem uszkodzeń z winy użytkownika)  | TAK |  |
|  | Wykonawca wykona bezpłatne okresowe przeglądy: (podać ile w okresie roku) ………. przeglądów, w terminach zalecanych przez producenta urządzenia, data pierwszego przeglądu (podać) …………… oraz bezpłatny przegląd pod koniec okresu gwarancyjnego (30 dni przed upływem okresu gwarancji). | **TAK/PODAĆ** |  |
|  | Wykonawca w porozumieniu z upoważnionym przedstawicielem Zamawiającego sporządzi harmonogram przeglądów. Przeprowadzenie przeglądu Wykonawca potwierdzi protokołem i przekaże go Zamawiającemu | TAK |  |
|  | Wraz z aparatem instrukcja obsługi w języku polskim. | TAK |  |
|  | Szkolenie/ instruktaż personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi przeprowadzone w miejscu instalacji systemu. | TAK |  |

1. Wymogiem jest, aby Wykonawca zaoferował urządzenie, o parametrach CO NAJMNIEJ takich, jakie są przedstawione w rubryce „Parametr wymagany”. Niespełnienie tego warunku spowoduje odrzucenie oferty.
2. W przypadku parametru ocenianego, nie będącego parametrem granicznym – gdy odpowiedź może brzmieć TAK lub NIE, lub możliwe są różne wymiary, Wykonawca powinien udzielić odpowiedzi z podaniem wymaganych informacji. W tych przypadkach za odpowiedzi „NIE” Zamawiający przyzna 0 pkt., a za odpowiedź „TAK” - punkty w wysokości określonej w danej rubryce.
3. Zamawiający zastrzega sobie prawo do zweryfikowania zadeklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta sprzętu.
4. Oświadczamy, że oferowany powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest zgodny z wymogami SIWZ, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

Na wezwanie za Zamawiającego Wykonawca zobowiązany jest złożyć materiały firmowe potwierdzające oferowane parametry oceniane.

**Miejscowość ....................................... data ...................................................**

...................................................................................................

*(podpis i pieczątka osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)*

**Załącznik nr 1c SIWZ do Pakietu nr 3- Zestawienie parametrów i warunków technicznych.**

Ultraszybkie urządzenie do pulweryzacji tkanek nowotworowych w niskich temperaturach - szt. 1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry** | **Wartość graniczna parametru /parametr podlegający ocenie** | **PARAMETRY OFEROWANE: Potwierdzenie Wykonawcy TAK lub opis parametrów oferowanych/ podać** **zakresy**/ **opisać/**  |
| **1.** | Producent/kraj | **PODAĆ** |  |
| **2.** | Typ/model | **PODAĆ**  |  |
| **3.** | Rok produkcji – 2018 r. | **TAK** |  |
| **Ultraszybkie urządzenie do pulweryzacji tkanek nowotworowych w niskich temperaturach** |
|  | Młynek kulowy umożliwiający rozdrabnianie tkanek nowotworowych (pulweryzacja) w niskich temperaturach w tym w ciekłym azocie z przeznaczeniem do izolacji wysokiej jakości RNA do badań genomicznych. | **TAK** |  |
|  | Wielkość nadawy – < 8 mm | **TAK** |  |
|  | Maks. rozdrobnienie końcowe - < 5 μm | **TAK** |  |
|  | Możliwość zamocowania 2 naczyń mielących | **1 – naczynie – 5ptk** **2 naczynia-** **10 ptk** |  |
|  | Możliwość pracy w na sucho | **TAK** |  |
|  | Możliwość pracy w na mokro | **TAK** |  |
|  | Możliwość pracy w warunkach kriogenicznych z wymrażaniem naczyń ciekłym azotem | **TAK** |  |
|  | wyposażenie pozwalające na prowadzenie homogenizacji w różnych naczyniach np.: szczelnie zakręcane naczynia o poj. od 1,5 do 50 ml, wykonana z różnych materiałów (stal utwardzana, stal nierdzewna, węglik wolframu, agat, tlenek cyrkonu, PTFE), probówki i butelki z tworzyw sztucznych, powszechnie stosowane w badaniach biologicznych: 50 ml, 30 ml, 5 ml, 1,5/2,0 ml, 0,2 ml, | **TAK** |  |
|  | Dostępne naczynia i kule mielące wykonane z:agatu, stali nierdzewnej, stali hartowanej, węgliku wolframu, tlenku cyrkonu oraz PTFE | **TAK** |  |
|  | Pojemności naczyń (zależnie od materiału) – od 1,5 do 50 mL. | **TAK** |  |
|  | Częstotliwość pracy – od 3 do 30 Hz (180-1800 obr min.) | **TAK** |  |
|  | Możliwość zapisania do 9 programów mielenia | **Możliwość zapisania 3 programów – 5 ptk****Możliwość zapisania 6 programów i więcej – 10 ptk** |  |
|  | Możliwość bardzo szybkiej (od kilka sekund do 3 min.) pulweryzacji zamrożonego materiału, co chroni wrażliwy materiał biologiczny przed degradacją, | **TAK** |  |
|  | Naczynie do mielenia 25 ml ze stali nierdzewnej – 2 szt. | **TAK** |  |
|  | Kule do mielenia  Ø 12 mm ze stali nierdzewnej – 4 szt. | **TAK** |  |
|  | Uszczelki do naczynia do mielenia poj. 25 ml op.  10 szt. | **TAK** |  |
|  | Zestaw do wymrażania naczyń do mielenia | **TAK** |  |
|  | Integralną częścią młynka jest zbiornik na ciekły azot z wyposażeniem do jego pobierania | **TAK** |  |
|  | zbiornik do przechowywania ciekłego azotu 35 L wraz z podstawą na kółkach oraz z Głowicą wylewowa TN z zaworem bezpieczeństwa do zamontowania na zbiorniku oraz rurą wyprowadzającą z zaworem | **TAK** |  |
|  | Pojemność użyteczna – 35 L | **TAK** |  |
|  | Zbiornik wyposażony będzie głowicę z zaworem wylotowym oraz zaworem bezpieczeństwa | **TAK** |  |
|  | Ciśnienie robocze – 0,5 bara | **TAK** |  |
|  | Kryza wylotowa – NW 50 (śred. 50 mm) | **TAK** |  |
|  | Maksymalna utrata ciekłego azotu – 0,19 L/dobę | **TAK** |  |
| **Warunki gwarancji i szkoleń** |
|  | Okres gwarancji min. 24 miesiące  | **TAK/Podać** |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny.  | **TAK** |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim  | **TAK** |  |
|  | Certyfikat CE  | **TAK** |  |
|  | Czas telefonicznej reakcji serwisu na zgłoszenie usterki maks. 72 godziny w dni robocze rozumiane jako dni od pn-pt z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.  | **TAK** |  |
|  | Czas skutecznej naprawy bez użycia części zamiennych licząc od momentu zgłoszenia awarii - max 7 dni roboczych rozumianych, jako dni od pn-pt z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy | **TAK/PODAĆ** |  |
|  | Czas skutecznej naprawy z użyciem części zamiennych licząc od momentu zgłoszenia awarii – max 14 dni roboczych rozumianych, jako dni od pn-pt z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy | **TAK/PODAĆ** |  |
|  | Wykonawca wykona bezpłatne okresowe przeglądy: (podać ile w okresie roku) ………. przeglądów, w terminach zalecanych przez producenta urządzenia, data pierwszego przeglądu (podać) …………… oraz bezpłatny przegląd pod koniec okresu gwarancyjnego (30 dni przed upływem okresu gwarancji). | **TAK/PODAĆ** |  |

Oświadczamy, że oferowane urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatków zakupów inwestycyjnych. Oświadczamy, że urządzenie spełnia wszystkie wymagania określone przepisami obowiązującymi na terenie RP zgodnie z przeznaczeniem urządzenia.”

|  |  |
| --- | --- |
| Miejscowość …………………, data …………...  | Podpis i pieczęć osoby uprawnionej …………............ |

**Załącznik nr 1d SIWZ do Pakietu nr 4- Zestawienie parametrów i warunków technicznych**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Pulsoksymetr przenośny - 1 sztuka** |  |
| Lp. | Parametry | Parametry oferowane | Ocena techniczna |  |
| 1 | Pulsoksymetr stacjonarno-przenośny |   | bez punktacji |  |
| 2 | Waga max 0,9 kg (z bateriami) |   | poniżej 1,0 kg (1-pkt)  1 kg (0-pkt) |  |
| 3 | Wymiary max 220 x 98 x 150 mm |   | bez punktacji |  |
| 4 | Zasilanie akumulatorowe i sieciowe 230 V/50 Hz |   | bez punktacji |  |
| 5 | Czas pracy przy zasilaniu akumulatorowym min. 16 godzin |   | Czas pracy powyżej lub równy 16 godzin (1-pkt) poniżej 16 godzin (0-pkt) |  |
| 6 | Czas ładowania akumulatora max. 4 godz. |   | bez punktacji |  |
| 7 | Pamięć wewnętrzna ustawień i 70 godz. pomiarów w trybie pracy ciągłej |   | bez punktacji |  |
| 8 | Stopień odporności na wnikanie cieczy IP22 |   | bez punktacji |  |
| 9 | Możliwość pracy w temperaturze 0°C do +40°C |   | bez punktacji |  |
| 10 | Przechowywanie w temperaturach -40°C do +70°C |   | bez punktacji |  |
| Parametry kliniczne |  |
| 12 | Zakres pomiaru SpO2 0-100% |   | bez punktacji |  |
| 13 | Zakres pomiaru pulsu 18-321 /min |   | bez punktacji |  |
| 14 | Czujnik wielorazowy typu klips na palec |   | bez punktacji |  |
| 15 | Możliwość podłączenia czujników jedno i wielorazowych dla różnych grup wiekowych |   | bez punktacji |  |
| 16 | Alarmy dźwiękowe pulsu i saturacji z możliwością regulacji wartości granicznych |   | alarmy z regulacją (1-pkt) bez regulacji (0-pkt) |  |
| 17 | Blokada ustawień alarmowych zabezpieczająca przed przypadkowymi zmianami ustawień i ingerencją pacjenta |   | bez punktacji |  |
| 18 | Technologia zapewniająca dokładność pomiaru SpO2 70-100% +/- 2, zgodnie z normą ISO 80601-2-61.  |   | bez punktacji |  |
| 19 | Technologia pomiaru niezakłóconego SpO2 w trakcie ruchu pacjenta 70-100 ud/min. +/- 3 zgodnie z normą ISO 80601-2-61. |   | bez punktacji |  |
| 20 | Technologia zapewniająca dokładność tętna w zakresie 20-300 ud/min. +/- 3. |   | bez punktacji |  |
| 21 | Technologia pomiaru niezakłóconego tętna w trakcie ruchu pacjenta 20-250 ud/min. +/- 5 zgodnie z normą ISO 80601-2-61. |   | bez punktacji |  |
| 22 | Posiada technologie pomiaru niezakłóconego tętna i wartości SpO2 podczas niskiej perfuzji |   | bez punktacji |  |
| Monitorowanie |  |
| 23 | Wyświetlacze cyfrowe typu LED |   | Wyświetlacze typu LED (1-pkt) inny rodzaj (0-pkt) |  |
| 24 | Trzykolorowy wskaźnik słupkowy perfuzji / jakości sygnału |   | bez punktacji |  |
| 25 | Wskaźnik optyczny alarmów typu LED |   | bez punktacji |  |
| 26 | Wskaźnik zawieszenia alarmów |   | bez punktacji |  |
| 27 | Wskaźnik LED niskiego stanu naładowania akumulatora |   | bez punktacji |  |
| 28 | Gwarancja min 24 m-ce |  Podać:  | Zgodnie z ocena kryteriów określona w SIWZ. |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | Data…………………………Podpis Wykonawcy………………………………… |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|   | **INNE WYMAGANIA:** |  |  |   |
| 1.   | Czas reakcji (przyjęcie zgłoszenia, podjęcia naprawy) serwisu gwarancyjnego nie może przekraczać 24 godzin w dni robocze rozumiane jako dni od pn-pt z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy | TAK |   | bez punktacji |
| 2.   | Czas skutecznej naprawy bez użycia części zamiennych licząc od momentu zgłoszenia awarii – max 48 godzin w dni rozumiane, jako dni od pn-pt z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | TAK |   | bez punktacji |
| 3.   | Czas skutecznej naprawy z użyciem części zamiennych licząc od momentu zgłoszenia awarii – max. 6 dni roboczych rozumiane, jako dni pn-pt z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.  | TAK |   | bez punktacji |
| 4.   | Gwarancję przedłuża się o okres przerwy w eksploatacji związany z naprawa urządzenia. | TAK |   | bez punktacji |
| 5.   | Wszelkie naprawy serwisowe oraz czynności obsługowe dokonane w okresie gwarancyjnym zostaną odnotowane przez serwis Wykonawcy w karcie pracy lub raporcie serwisowym. | TAK |   | bez punktacji |
| 6.   | W okresie gwarancji naprawy techniczne lub wynikające z wad ukrytych tego samego podzespołu powodują wymianę podzespołu na nowy. | TAK |   | bez punktacji |
| 7.   | Wykonawca gwarantuje Zamawiającemu pełny zakres obsługi gwarancyjnej nieodpłatnie (z wyjątkiem uszkodzeń z winy użytkownika)  | TAK |   | bez punktacji |
| 8.   | Wykonawca wykona bezpłatne okresowe przeglądy: (podać ile w okresie roku) ………. przeglądów, w terminach zalecanych przez producenta urządzenia, data pierwszego przeglądu (podać) …………… oraz bezpłatny przegląd pod koniec okresu gwarancyjnego (30 dni przed upływem okresu gwarancji). | **TAK/PODAĆ** |   | Podać ilość zalecanych przez producenta przeglądów  |
| 9.   | Wykonawca w porozumieniu z upoważnionym przedstawicielem Zamawiającego sporządzi harmonogram przeglądów. Przeprowadzenie przeglądu Wykonawca potwierdzi protokołem i przekaże go Zamawiającemu | TAK |   | bez punktacji |
| 10.   | Wraz z aparatem instrukcja obsługi w języku polskim. | TAK |   | bez punktacji |
| 11.   | Szkolenie/ instruktaż personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi przeprowadzone w miejscu instalacji systemu. | TAK |   | bez punktacji |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Miejscowość ....................................... data ...................................................** |  |  |
| ................................................................................................... |  |  |
| (podpis i pieczątka osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy) |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Pulsoksymetr przenośny do MRI - 1 sztuka** |  |
| Lp. | Parametry  | Parametry oferowane | Ocena techniczna |  |
| 1 | Pulsoksymetr stacjonarno-przenośny |   |   |  |
| 2 | Waga max 1,0 kg (z bateriami)  |   | poniżej 1,0 kg (1-pkt) 1 kg (0-pkt) |  |
| 3 | Wymiary max 220 x 98 x 150 mm |   | bez punktacji |  |
| 4 | Zasilanie akumulatorowe i sieciowe 230 V/50 Hz |   | bez punktacji |  |
| 5 | Czas pracy przy zasilaniu akumulatorowym |   | Czas pracy powyżej lub równy 16 godzin (1-pkt) poniżej 16 godzin (0-pkt) |  |
| 6 | Czas ładowania akumulatora max. 4 godz. |   | bez punktacji |  |
| 7 | Pamięć wewnętrzna ustawień i 70 godz. pomiarów w trybie pracy ciągłej |   | bez punktacji |  |
| 8 | Stopień odporności na wnikanie cieczy IP22 |   | bez punktacji |  |
| 9 | Możliwość pracy w temperaturze 0°C do +40°C |   | bez punktacji |  |
| 10 | Przechowywanie w temperaturach -40°C do +70°C |   | bez punktacji |  |
|   | **Parametry kliniczne** |  |   |  |
| 12 | Zakres pomiaru SpO2 0-100% |   | bez punktacji |  |
| 13 | Zakres pomiaru pulsu 18-321 /min |   | bez punktacji |  |
| 14 | Możliwość pracy w środowisku MRI  |   | bez punktacji |  |
| 15 | Możliwość podłączenia czujnika dla dzieci i dorosłych (MRI) |   | bez punktacji |  |
| 16 | Alarmy dźwiękowe pulsu i saturacji |   | alarmy z regulacją (1-pkt) bez regulacji (0-pkt) |  |
| 17 | Blokada ustawień alarmowych zabezpieczająca przed przypadkowymi zmianami ustawień i ingerencją pacjenta |   | bez punktacji |  |
| 18 | Technologia zapewniająca dokładność pomiaru SpO2 70-100% +/- 2, zgodnie z normą ISO 80601-2-61.  |   | bez punktacji |  |
| 19 | Technologia pomiaru niezakłóconego SpO2 w trakcie ruchu pacjenta 70-100 ud/min. +/- 3 zgodnie z normą ISO 80601-2-61. |   | bez punktacji |  |
| 20 | Technologia zapewniająca dokładność tętna w zakresie 20-300 ud/min. +/- 3. |   | bez punktacji |  |
| 21 | Technologia pomiaru niezakłóconego tętna w trakcie ruchu pacjenta 20-250 ud/min. +/- 5 zgodnie z normą ISO 80601-2-61. |   | bez punktacji |  |
| 22 | Posiada technologie pomiaru niezakłóconego tętna i wartości SpO2 podczas niskiej perfuzji |   | bez punktacji |  |
|   | **Monitorowanie** |  |   |  |
| 23 | Wyświetlacze cyfrowe  |   | Wyświetlacze typu LED (1-pkt) inny rodzaj (0-pkt) |  |
| 24 | Trzykolorowy wskaźnik słupkowy perfuzji / jakości sygnału |   | bez punktacji |  |
| 25 | Wskaźnik optyczny alarmów typu LED |   | bez punktacji |  |
| 26 | Wskaźnik zawieszenia alarmów |   | bez punktacji |  |
| 27 | Wskaźnik LED niskiego stanu naładowania akumulatora |   | bez punktacji |  |
| 28 | Gwarancja minimum 24 m-ce |  Podać:  | Ocena na podstawie kryteriów przyjętych w SIWZ. |  |
|  |  |  |  |  |
|   | **INNE WYMAGANIA:** | Parametry wymagane | Parametry oferowane |   |
| 1.   | Czas reakcji (przyjęcie zgłoszenia, podjęcia naprawy) serwisu gwarancyjnego nie może przekraczać 24 godzin w dni robocze rozumiane jako dni od pn-pt z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy | TAK |   | bez punktacji |
| 2.   | Czas skutecznej naprawy bez użycia części zamiennych licząc od momentu zgłoszenia awarii – max 48 godzin w dni rozumiane, jako dni od pn-pt z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | TAK |   | bez punktacji |
| 3.   | Czas skutecznej naprawy z użyciem części zamiennych licząc od momentu zgłoszenia awarii – max. 6 dni roboczych rozumiane, jako dni pn-pt z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.  | TAK |   | bez punktacji |
| 4.   | Gwarancję przedłuża się o okres przerwy w eksploatacji związany z naprawa urządzenia. | TAK |   | bez punktacji |
| 5.   | Wszelkie naprawy serwisowe oraz czynności obsługowe dokonane w okresie gwarancyjnym zostaną odnotowane przez serwis Wykonawcy w karcie pracy lub raporcie serwisowym. | TAK |   | bez punktacji |
| 6.   | W okresie gwarancji naprawy techniczne lub wynikające z wad ukrytych tego samego podzespołu powodują wymianę podzespołu na nowy. | TAK |   | bez punktacji |
| 7.   | Wykonawca gwarantuje Zamawiającemu pełny zakres obsługi gwarancyjnej nieodpłatnie (z wyjątkiem uszkodzeń z winy użytkownika)  | TAK |   | bez punktacji |
| 8.   | Wykonawca wykona bezpłatne okresowe przeglądy: (podać ile w okresie roku) ………. przeglądów, w terminach zalecanych przez producenta urządzenia, data pierwszego przeglądu (podać) …………… oraz bezpłatny przegląd pod koniec okresu gwarancyjnego (30 dni przed upływem okresu gwarancji). | **TAK/PODAĆ** |   | bez punktacji |
| 9.   | Wykonawca w porozumieniu z upoważnionym przedstawicielem Zamawiającego sporządzi harmonogram przeglądów. Przeprowadzenie przeglądu Wykonawca potwierdzi protokołem i przekaże go Zamawiającemu | TAK |   | bez punktacji |
| 10.   | Wraz z aparatem instrukcja obsługi w języku polskim. | TAK |   | bez punktacji |
| 11.   | Szkolenie/ instruktaż personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi przeprowadzone w miejscu instalacji systemu. | TAK |   | bez punktacji |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Miejscowość ....................................... data ...................................................** |  |  |
| ................................................................................................... |  |  |

**Załącznik nr 1e SIWZ do Pakietu nr 5- Zestawienie parametrów i warunków technicznych**

### WYPOSAŻENIE PRACOWNI PANENDOSKOPII

**1/ MYJNIA ENDOSKOPOWA SZT.1.**

**2/ SZAFA ENDOSKOPOWA NA 20 APARATÓW SZT.1.**

**POZ. 1. - Nazwa : .............................................................................................................................**

* **Typ /Model ....................................................................................................................................**
* **Rok produkcji : 2018**

**POZ. 2. - Nazwa : .............................................................................................................................**

* **Typ /Model ......................................................................................................................................**
* **Rok produkcji : 2018**

**Poz.1 Myjnia endoskopowa – szt.1**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Parametry wymagane | Warunek | Parametry | Ocena |
|  |  | graniczny | oferowane | techniczna |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe - nie powystawowe oraz nie demonstracyjne. | Tak |  |  |
| 2 | Rok produkcji urządzenia - nie starsze niż 2018 r. | Tak, podać |  |  |
| 3 | Gwarancja min. 24 miesiące od dnia instalacji potwierdzonej protokołem uruchomienia i przekazania urządzenia. Gwarancja musi obejmować przeglądy techniczne okresowe (bez materiałów eksploatacyjnych podlegających normalnemu zużyciu) wymagane przez producenta urządzenia (podać częstotliwość takich przeglądów w ciągu roku).Należy dołączyć wykaz części wykorzystanych podczas przeglądu oraz przedstawić zakres czynności przeglądu okresowego.  | Tak, podać |  |  |
| 4 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny – certyfikat producenta dla co najmniej 3 autoryzowanych serwisantów. | Tak, podać |  |  |
| 5 | Dostępność części zamiennych przez okres minimum 10 lat od sprzedaży. | Tak, podać |  |  |
| 6 | Instrukcja obsługi w języku polskim oraz paszport techniczny dostarczone wraz z urządzeniem. | Tak |  |  |
| 7 | Szkolenie/instruktaż personelu medycznego w zakresie obsługi wraz z montażem i uruchomieniem urządzenia w terminie uwzględniającym czas pracy personelu - w cenie oferty. | Tak |  |  |
| 8 | Dokumentacja techniczna „DTR" lub instalacyjna (wymagania instalacyjne) dostarczona wraz z urządzeniem. | Tak |  |  |
| 9 | Urządzenie spełniające wymagania wynikające z obowiązującej normy ISO 15883 cz. I i IV wraz deklaracją zgodności CE. Spełnia wymogi europejskiej dyrektywy dotyczącej wyrobów medycznych 93/42/EEC. | Tak |  |  |
| 10 | Obudowa myjni wykonana ze stali malowanej proszkowo z elementami wykonanymi ze stali kwasoodpornej. | Tak |  |  |
| 11 | Dwie niezależne komory myjące wykonane z tworzywa sztucznego odpornego na działanie środków myjących i dezynfekcyjnych, pozwalające na luźne ułożenie endoskopu. Pokrywa komory zawiera uszczelnienie i jest wyposażona w obrotowe ramię spryskiwacza.  | Tak |  |  |
| 12 | Myjnia składająca się z dwóch niezależnych sekcji: lewej i prawej, obsługiwanych przy pomocy wyświetlacza dotykowego. | Tak |  |  |
| 13 | Otwieranie komory przy pomocy przycisków nożnych, bez używania rąk. | Tak |  |  |
| 14 | System zamykania komory eliminujący ryzyko ewentualnego przytrzaśnięcia ręki, przy użyciu dwóch odległych od siebie przycisków.  | Tak |  | Tak - 5 pkt. Nie - 0 pkt |
| 15 | Karbowane dno komory minimalizujące powierzchnię podparcia endoskopu oraz tuba do umieszczenia części inspekcyjnej endoskopu w sposób uniemożliwiający stykanie się jakiejkolwiek części endoskopu ze sobą. | Tak |  |  |
| 16 | Załadunek endoskopów od góry | Tak |  |  |
| 17 | Myjnia kompatybilna z posiadanymi przez apracownię Endoskopową endoskopami | Tak |  |  |
| 18 | Każde przyłącze niezależnie podłączane do urządzenia za pomocą szybkozłączki | Tak |  |  |
| 19 | Komora zawiera minimum 6 przyłączy umożliwiających podłączenie każdego kanału endoskopu osobno. Różna kolorystyka każdego z przyłączy w celu ułatwienia jego identyfikacji. | Tak |  | Tak - 5 pkt. Nie - 0 pkt. |
| 20 | Możliwość mycia i dezynfekcji dwóch endoskopów w niezależnych komorach jednocześnie oraz asynchronicznie | Tak |  |  |
| 21 | Praca w szczelnym systemie zamkniętym z automatycznym procesem mycia i dezynfekcji. Blokada uniemożliwiająca otwarcie pokrywy w czasie trwania procesu. | Tak |  |  |
| 22 | Mycie i dezynfekcja endoskopów różnych producentów, w tym bronchoskopów, duodenoskopów oraz gastroskopów ultrasonograficznych. | Tak |  |  |
| 23 | Automatyczna kontrola testu szczelności w przebiegu całego procesu mycia i dezynfekcji.  | Tak |  |  |
| 24 | Automatyczna kontrola przepływu niezależnie w każdym kanale endoskopu przez cały proces mycia i dezynfekcji. | Tak |  |  |
| 25 | Wbudowany, całkowicie niezależny system monitorowania parametrów krytycznych i niekrytycznych, nadzorujący główny system sterujący (CPU) myjni. Rozwiązanie, które umożliwia podwójną kontrolę krytycznych parametrów procesu. | Tak |  |  |
| 26 | Powtarzalny i dokładny pomiar, kontrolujący osobno ilość jednorazowo dozowanego środka myjącego oraz środka dezynfekcyjnego. | Tak |  |  |
| 27 | Automatyczne rozpoznawanie i wykrywanie zablokowania kanału w trakcie całego procesu. Czujniki w sposób ciągły monitorują ciśnienie i przepływ roztworów roboczych niezależnie w każdym kanale.  | Tak |  |  |
| 28 | Automatyczne, akustyczne powiadomienia użytkownika w przypadku nieprawidłowości podłączenia endoskopu. | Tak |  |  |
| 29 | Automatyczne, akustyczne powiadomienia użytkownika w przypadku blokady przepływu w kanale endoskopu poza ustalony zakres. | Tak |  |  |
| 30 | Automatyczne, akustyczne powiadomienia użytkownika w przypadku spadku ciśnienia w jakimkolwiek kanale endoskopu poza ustalony zakres. | Tak |  |  |
| 31 | Minimum 12 pomp roztworów roboczych, niezależnie, osobno dla każdego kanału endoskopowego. | Tak |  |  |
| 32 | Umocowane wewnątrz pokrywy, obrotowe ramię spryskujące obraca się z kontrolowaną liczbą obrotów podczas procesowania zewnętrznej części endoskopu, komory i pokrywy.  | Tak |  | Tak - 5 pkt. Nie - 0 pkt |
| 33 | Komora myjni wyposażona w specjalne podparcie wspomagające rozładunek endoskopu, zapobiegające wtórnej kontaminacji oraz uszkodzeniu instrumentu. | Tak |  |  |
| 34 | Dwa osobne przyłącza wody: dla wody ciepłej, zimnej i opcjonalnie demineralizowanej. | Tak |  | 3 przyłącza - 5 pkt. 2 przyłącza - 0 pkt. |
| 35 | Mycie i płukanie wodą minimum uzdatnioną, płukanie końcowe wodą zdemineralizowaną. | Tak |  |  |
| 36 | Możliwość stosowania preparatów do mycia i dezynfekcji różnych producentów - załączyć listę minimum 3 różnych zestawów środków myjącego i dezynfekcyjnego, gdzie 1 zestaw muszą tworzyć środki pochodzące od jednego producenta | Tak, podać |  |  |
| 37 | Urządzenia dostosowane do środków dezynfekcyjnych na bazie aldehydu glutarowego oraz kwasu nadoctowego. | Tak |  | Tak - 5 pkt. Nie - 0 pkt |
| 38 | Instalacja myjni przystosowana i skalibrowana do dezynfekcji środkami chemicznymi, w skład których wchodzi kwas nadoctowy lub aldehyd glutarowy.. | Tak |  |  |
| 39 | Powtarzalny, dokładny pomiar temperatury procesu w tym przez niezależny system kontroli. | Tak |  |  |
| 40 | Program termicznej autodezynfekcji myjni zgodnie z wymogami normy ISO 15883 cz. IV. Możliwość wykorzystania funkcji czasomierza w celu zaprogramowania godziny autodezynfekcji. | Tak |  | Tak - 5 pkt. Nie - 0 pkt. |
| 41 | Możliwość przeprowadzenia dodatkowego programu chemicznej autodezynfekcji myjni. | Tak |  | Tak - 5 pkt. Nie - 0 pkt. |
| 42 | Środki przechowywane wewnątrz myjni umiejscowione są w specjalnej obejmie pozycjonującej kanistry, w sposób zapobiegający rozlaniu środków. | Tak |  | Tak - 5 pkt. Nie - 0 pkt. |
| 43 | Wewnętrzny wodny filtr bakteryjny 0,2 µm o polu powierzchni min. 2 300 cm2 | Tak |  |  |
| 44 | Automatyczne przedmuchiwanie kanałów endoskopów.  | Tak |  |  |
| 45 | Wszystkie zdarzenia procesowe związane z nieprawidłowościami można zidentyfikować na podstawie wskazania na wyświetlaczu dotykowym oraz sygnału dźwiękowego.  | Tak |  | Tak - 5 pkt. Nie - 0 pkt. |
| 46 | Kolorystyczna informacja o aktualnym stanie procesu widoczna z odległości na pasku wskaźnikowym LED umieszczonym na obudowie myjni. | Tak |  |  |
| 47 | Możliwość podłączenia myjni-dezynfektora do zintegrowanego systemu komputerowego, współpracującego z szafami do przechowywania endoskopów.  | Tak |  |  |
| 48 | Wymagana identyfikacja, oznakowanie użytkowników oraz endoskopóww oparciu o system kodów kreskowych lub równoważny. | Tak, podać |  |  |
| 49 | Wbudowany laserowy czytnik kodów kreskowych umożliwia identyfikację minimum 90 użytkowników, 90 endoskopów oraz 50 specjalistów. | Tak |  |  |
| 50 | Przechowywanie w pamięci systemu myjni danych identyfikacyjnych użytkowników oraz procesowanych endoskopów. | Tak |  |  |
| 51 | Dokumentacja przebiegu procesu mycia i dezynfekcji z rozpoznaniem endoskopów i osób (użytkowników) itp. z podaniem typu, nr fabrycznego endoskopu, nazwiska użytkownika (identyfikator) uruchamiającego proces. | Tak |  |  |
| 52 | Minimum 2 programy mycia i dezynfekcji, w tym niedłuższy niż 22 min. program w pełni automatycznego mycia z dezynfekcją z użyciem kwasu nadoctowego, 28 min. program w przypadku zastosowania aldehydu glutarowego | Tak |  |  |
| 53 | Programy zapisane w pamięci myjni z możliwością ich modyfikacji. | Tak/Nie |  | Tak - 5 pkt. Nie - 0 pkt. |
| 54 | Wyświetlacz kolorowych komunikatów tekstowych w języku polskim. | Tak |  |  |
| 55 | Wyświetlanie komunikatów graficznych. | Tak |  |  |
| 56 | Wbudowana drukarka parametrów procesu mycia i dezynfekcji. W dokumencie drukowanym muszą znajdować się informacje o parametrach procesu oraz prawidłowości lub nieprawidłowości przebiegu procesu mycia i dezynfekcji. | Tak |  |  |
| 57 | Zasilanie elektryczne prądem 1-fazowym 220-240V, 50-60Hz, z zabezpieczeniem 16A, o poborze mocy na 1 cykl nieprzekraczającym 3,5 kWh. | Tak, podać |  |  |
| 58 | Wymiary myjni:- szerokość (od frontu) maks. 100cm- wysokość maks. 110cm- głębokość maks. 80cm | Tak, podać |  |  |
| **Wyposażenie dodatkowe** |  |
| 1 | Zewnętrzna stacja demineralizacji wody metodą odwróconej osmozy wraz z systemem filtracji oraz zmiękczania wody. | Tak |  |  |
| 2 | Zewnętrzny bojler o mocy 4,0/6,0 kW o wydajności gwarantującej nieprzerwaną pracę myjni, z możliwością regulacji temperatury wody i sygnalizacją jej osiągnięcia. | Tak |  |  |
| 3 | Wózek do transportu endoskopów – 2szt. Każdy wózek powinien zawierać min. 6 tac transportowych wraz z pokrywami oraz pokrowcami w dwóch różnych kolorach, zapewniającymi wizualne zróżnicowanie czystego i skażonego endoskopu. Tace powinny być w rozmiarze zapewniającym bezpieczne ułożenie różnych typów endoskopów.  | Tak |  |  |

**Poz.2 Szafy endoskopowe– 2szt. (łącznie na 20 aparatów)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Parametry wymagane** | **Warunek graniczny** | **Parametry oferowane** | **Ocena techniczna** |
|  1 | Urządzenie fabrycznie nowe, nie powystawowe. | Tak |  |  |
| 2 | Rok produkcji urządzenia 2018r. | Tak |  |  |
| 3 | Potwierdzenie zgodności urządzenia z wymaganiami normy EN 16442:2015 | Tak |  |  |
| 4 | Drzwi przeszklone z pneumatyczną blokadą. Możliwość otwarcia drzwi tylko przez upoważniony personel. | Tak |  |  |
| 5 | Blokada drzwi aktywna również w trakcie spadku zasilania (możliwość awaryjnego manualnego otwarcia).  | Tak |  |  |
| 6 | Informacja na wyświetlaczu oraz sygnalizacja dźwiękowa w przypadku kiedy drzwi pozostają otwarte dłużej niż czas określony jako maksymalny. | Tak |  |  |
| 7 | Na wyświetlaczu kolorystyczna identyfikacja statusu przechowywania każdego endoskopu. | Tak, opisać |  |  |
| 8 | Kolorystyczne oświetlenie uchwytu informujące, na który uchwyt należy powiesić dany endoskop, z którego uchwytu należy ściągnąć endoskop, jaki jest obecnie status przechowywania endoskopu. | Tak, opisać |  |  |
| 9 | Oświetlenie LED wewnątrz szafy.  | Tak |  |  |
| 10 | Możliwość podłączenia 20 endoskopów różnych producentów, rodzajów, i modeli takich jak: gastroskopy, kolonoskopy, duodenoskopy, bronchoskopy, endoskopy ultrasonograficzne. Wymagane przyłącza do kanałów endoskopów. | Tak |  |  |
| 11 | Wieszaki umożliwiające powieszenie endoskopu w pozycji pionowej, w tym najdłuższych kolonoskopów, bez możliwości dotykania przez endoskop dna szafy. | Tak |  |  |
| 12 | Wieszaki składane pod kątem 90o, umożliwiające załadunek i rozładunek poza strefą przechowywania, na wysokości nie większej niż 160 cm | Tak |  |  |
| 13 | Endoskopy umieszczane w jednej komorze. Nie dopuszcza się przegrody dzielącej komorę na dwie części. | Tak |  |  |
| 14 | Asynchroniczne suszenie oraz kondycjonowanie endoskopów. Niezależna kontrola każdego podłączonego endoskopu. | Tak |  |  |
| 15 | Wbudowany ekran dotykowy służący do obsługi szafy ale też do przekazania informacji - statusu przechowywania, ewentualnych nieprawidłowości itp. | Tak |  |  |
| 16 | Menu informacji ukazujących się na ekranie w języku polskim. | Tak |  |  |
| 17 | Wbudowany skaner kodów kreskowych. | Tak |  |  |
| 18 | Identyfikacja endoskopów przy użyciu skanera lub przez ręczne wprowadzenie kodów. Możliwość wprowadzenia do 100 endoskopów. | Tak, opisać |  | 0 pkt – 80 endoskopów5 pkt – 100 endoskopów |
| 19 | Identyfikacja użytkowników przy użyciu skanera lub przez ręczne wprowadzenie kodów. Możliwość wprowadzenia do 100 użytkowników. | Tak, opisać |  | 0 pkt – 80 użytkowników5 pkt – 100 użytkowników |
| 20 | Wbudowana drukarka do wydruku parametrów procesu. Wydruk generowany automatycznie po wyjęcie endoskopu. | Tak |  |  |
| 21 | Na wydruku takie informacje jak:Nr urządzenia i procesu, Kod i model endoskopu, Osoba, która włożyła endoskop,Osoba, która wyciągnęła endoskop,Data i godzina rozpoczęcia i zakończenia procesu,Czas trwania poszczególnych etapów procesu,Liczba alarmów.  | Tak, opisać |  |  |
| 22 | System filtracji powietrza w szafie klasy H13 (wg NEN EN 1822) - HEPA. | Tak |  | 0 pkt – klasa H7-H95 pkt – klasa H10-H1220 pkt – klasa> H12 |
| 23 | System filtracji powietrza w kanałach endoskopu - filtry HEPA0,2 µm w zestawie przyłączeniowym. | Tak |  |  |
| 24 | Kontrola stanu filtra. | Tak |  |  |
| 25 | Monitorowany proces przechowywania endoskopów. Informacja o statusie przechowywania niezależnie dla każdego endoskopu. | Tak |  |  |
| 26 | Wskaźnik postępu procesu suszenia. | Tak |  |  |
| 27 | Wskaźnik postępu procesu kondycjonowania. | Tak |  |  |
| 28 | Pomiar wilgotności względnej. | Tak |  |  |
| 29 | Zabezpieczenie przed nadmiernym ciśnieniem. | Tak |  |  |
| 30 | Możliwość przechowywania endoskopu z utrzymaniem jakości mikrobiologicznej przez co najmniej 72 godz. | Tak, opisać |  |  |
| 31 | W przypadku braku zasilania możliwość przechowywania endoskopu z utrzymaniem jakości mikrobiologicznej przez co najmniej 1 godz. jeżeli proces przechowywania został przerwany na etapie suszenia, lub 3 godz. jeżeli proces przechowywania został przerwany na etapie kondycjonowania. | Tak, opisać |  |  |
| 32 | Kontrola czasu przechowywania endoskopu. | Tak |  |  |
| 33 | Kontrola i sterowanie obiegiem powietrza w szafie. | Tak |  |  |
| 34 | Sterowanie dostarczaniem sprężonego powietrza do każdego endoskopu. | Tak |  |  |
| 35 | Sygnalizacja dźwiękowa oraz informacja na wyświetlaczu w przypadku nieprawidłowości/ alarmu. | Tak |  |  |
| 36 | Lista kodów alarmowych przechowywana w pamięci urządzenia. | Tak |  |  |
| 37 | Koszyk na akcesoria endoskopowe montowany na ścianie, wewnątrz komory szafy.  | Tak |  |  |
| 38 | Kontrola przeglądów okresowych. | Tak |  |  |
| 39 | Wymiary szafy:Szerokość: max 1300 mmGłębokość: max 460 mmWysokość: max 2080 mm | Tak, opisać |  |  |
| 40 | Wysokość przechowywania endoskopów do 1900 mm. | Tak, opisać |  |  |
| 41 | Waga max. 200 kg. | Tak, opisać |  |  |
| 42 | Ciśnienie sprężonego powietrza zasilającego szafę 2,0 – 8,0 bar/ opcjonalnie wbudowany kompresor. | Tak |  |  |
| 43 | Urządzenie zasilane prądem 230V, 50-60 Hz | Tak |  |  |
| 44 | Pobór mocy nie więcej niż 500 W. | Tak |  |  |
| 45 | Komunikacja poprzez ethernet. | Tak |  |  |
| 46 | Gwarancja min. 24 miesięce. | Tak, podać |  |  |
| 47 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny  | Tak |  |  |
| 48 | Dostępność części zamiennych przez okres co najmniej 10 lat od daty instalacji. | Tak, opisać |  |  |
| 49 | Instrukcja obsługi w języku polskim oraz paszport techniczny dostarczone wraz z urządzeniem. | Tak |  |  |
| 50 | Szkolenie/instruktaż personelu medycznego w zakresie obsługi wraz z montażem i uruchomieniem urządzenia w terminie uwzględniającym czas pracy personelu - w cenie oferty. | Tak |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **INNE WYMAGANIA Dotyczy całego Pakietu :** |  |  |
|  | Czas reakcji (przyjęcie zgłoszenia, podjęcia naprawy) serwisu gwarancyjnego nie może przekraczać 24 godzin w dni robocze rozumiane jako dni od pn-pt z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy | TAK |  |
|  | Czas skutecznej naprawy bez użycia części zamiennych licząc od momentu zgłoszenia awarii – max 48 godzin w dni rozumiane, jako dni od pn-pt z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | TAK |  |
|  | Czas skutecznej naprawy z użyciem części zamiennych licząc od momentu zgłoszenia awarii – max. 6 dni roboczych rozumiane, jako dni pn-pt z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.  | TAK |  |
|  | Gwarancję przedłuża się o okres przerwy w eksploatacji związany z naprawa urządzenia. | TAK |  |
|  | Wszelkie naprawy serwisowe oraz czynności obsługowe dokonane w okresie gwarancyjnym zostaną odnotowane przez serwis Wykonawcy w karcie pracy lub raporcie serwisowym. | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji naprawy techniczne lub wynikające z wad ukrytych tego samego podzespołu powodują wymianę podzespołu na nowy. | TAK |  |
|  | Wykonawca gwarantuje Zamawiającemu pełny zakres obsługi gwarancyjnej nieodpłatnie (z wyjątkiem uszkodzeń z winy użytkownika)  | TAK |  |
|  | Wykonawca wykona bezpłatne okresowe przeglądy, w terminach zalecanych przez producenta urządzenia, oraz wykona bezpłatny przegląd pod koniec okresu gwarancyjnego (30 dni przed upływem okresu gwarancji). | TAK | Podać ilość zalecanych przez producenta przeglądów  |
|  | Wykonawca w porozumieniu z upoważnionym przedstawicielem Zamawiającego sporządzi harmonogram przeglądów. Przeprowadzenie przeglądu Wykonawca potwierdzi protokołem i przekaże go Zamawiającemu | TAK |  |
|  | Wraz z aparatem instrukcja obsługi w języku polskim. | TAK |  |
|  | Szkolenie/ instruktaż personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi przeprowadzone w miejscu instalacji systemu. | TAK |  |

1. Wymogiem jest, aby Wykonawca zaoferował urządzenie, o parametrach CO NAJMNIEJ takich, jakie są przedstawione w rubryce „Parametr wymagany”. Niespełnienie tego warunku spowoduje odrzucenie oferty.

2. W przypadku parametru ocenianego, nie będącego parametrem granicznym – gdy odpowiedź może brzmieć TAK lub NIE, Wykonawca winien udzielić odpowiedzi z podaniem wymaganych informacji. W tych przypadkach za odpowiedzi „NIE” Zamawiający przyzna 0 pkt., a za odpowiedź „TAK” punkty w wysokości określonej w danej rubryce.

4. Zamawiający zastrzega sobie prawo weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta sprzętu.

5. Oświadczamy, że oferowany powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest zgodny z wymogami SIWZ, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

**Miejscowość ....................................... data ...................................................**

 ....................................................................................................

 *(podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)*