**Opis przedmiotu zamówienia**

**Unit stomatologiczny**

**Rozdział nr I -** *Parametry techniczne i eksploatacyjne*

| **LP** | **Opis parametru** | **Parametr / wartość / ilość** | **Parametr oferowany** | **SPOSÓB OCENY** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **INFORMACJE OGÓLNE** |  |  |  |
|  | Asortyment fabrycznie nowy nie podemostracyjny, nie powystawowy, rok produkcji min. 2020 r. | Tak, podać i opisać |  | - - - |
|  | **PANEL LEKARZA** |  |  | - - - |
|  | Konsola z 5 rękawami ~~z blokadą rękawów (zabezpieczenie przed jednoczesnym użyciem dwóch rękawów)~~. Rękawy montowane od góry  | TAK, podać i opisać |  | Blokada rękawów (zabezpieczenie przed jednoczesnym użyciem dwóch rękawów) – 3 pkt.Brak w/w funkcji – 0 pkt. |
|  | Hamulec pneumatyczny lub mechaniczny ramienia pulpitu oraz ruchu obrotowego ramienia | TAK, podać i opisać |  | - - - |
|  | Klawiatura sterowania funkcjami spluwaczki, lampy, fotela | TAK, podać i opisać |  | - - - |
|  | Oddzielna regulacja wody w każdej końcówce | TAK, podać i opisać |  | - - - |
|  | System zapobiegający zaciąganiu płynów do instrumentów | TAK, podać i opisać |  | - - - |
|  | Prosta strzykawko dmuchawka min. 3 funkcyjna  | TAK, podać i opisać **– podać dokładną wartość** |  | - - - |
|  | Min. dwa tory pneumatyczne ze światłem | TAK, podać i opisać |  | - - - |
|  | Skaler z podświetleniem LED-owym i funkcją endo. | TAK, podać i opisać |  | Funkcja endo – 5 pkt.,Bez funkcji endo – 0 pkt. |
|  | Na panelu lekarza: | TAK, podać i opisać |  | - - - |
|  | lampa polimeryzacyjna,  | TAK, podać i opisać |  | - - - |
|  | rękaw turbinowy z końcówką, | TAK, podać i opisać |  | - - - |
|  | mikrosilnik z końcówką | TAK, podać i opisać |  | - - - |
|  | **STEROWANIE PEDAŁEM** |  |  |  |
|  | Sterowanie funkcjami rękawów i skalera z pedału nożnego, min. włączanie i wyłączanie turbiny i mikrosilnika | TAK, podać i opisać |  | - - - |
|  | Funkcja zdmuchiwania / przedmuchu z pedału nożnego | TAK, podać i opisać |  | - - - |
|  | Praca z woda i bez | TAK, podać i opisać |  | - - - |
|  | **LAMPA ZABIEGOWA** |  |  |  |
|  | lampa zabiegowa LED z możliwością płynnej regulacji mocy, min. 30 tys. lux | TAK, podać i opisać **– podać dokładną wartość** |  | Parametr wymagany – 0 pkt.,Najwyższy parametr – 2 pkt.,Pozostałe – 1 pkt. |
|  | Lampa z możliwością wyeliminowania fotopolimeryzacji | TAK, podać i opisać |  | - - - |
|  | **BLOK SPLUWACZKI** |  |  |  |
|  | Blok spluwaczki odchylany  | TAK, podać i opisać |  | - - - |
|  | Możliwość obrotu całego bloku spluwaczki na zewnątrz od fotela o min. 90º | TAK, podać i opisać **– podać dokładną wartość** |  | - - - |
|  | Obrotowa miska spluwaczki - obrót miski względem bloku spluwaczki wraz z możliwością jej zdemontowania | TAK, podać i opisać |  | - - - |
|  | Ślinociąg wodny przepływowy z automatycznym uruchamianiami  | TAK, podać i opisać |  | - - - |
|  | Automatyczne napełnianie kubka woda i spłukiwanie miski | TAK, podać i opisać |  | - - - |
|  | Grawitacyjny odpływ ze spluwaczki do kanalizacji | TAK, podać i opisać |  | - - - |
|  | **FOTEL** |  |  |  |
|  | Regulowany zagłówek pozwalający na obsługę osób niepełnosprawnych na wózkach | TAK, podać i opisać |  | - - - |
|  | Konstrukcja fotela wykonana ze stopów aluminium lub stali nierdzewnej lub stalowe – spawane właściwie zabezpieczane | TAK, podać i opisać |  | - - - |
|  | Elektromechaniczny napęd fotela | TAK, podać i opisać |  | - - - |
|  | Możliwość wyboru koloru tapicerki fotela, min. 3 warianty kolorystyczne. Przedstawić paletę kolorów do oferty. | TAK, podać i opisać **– podać dokładną wartość** |  | - - - |
|  | Możliwość sterowania oddzielnym sterownikiem nożnym | TAK, podać i opisać |  | - - - |
|  | **WYPOSAŻENIE:** |  |  |  |
|  | Turbina stomatologiczna z podświetleniem LED - na push, **2 szt.** | TAK, podać i opisać |  | - - - |
|  | Wymiana wierteł przyciskiem | TAK, podać i opisać |  | - - - |
|  | Maksymalna prędkość obrotowa min. 450 tys. obr./min. | TAK, podać i opisać **– podać dokładną wartość** |  | - - - |
|  | złącze typu Midwest | TAK, podać i opisać |  | - - - |
|  | Min. pojedynczy spray, | TAK, podać i opisać |  | Pojedynczy – 0 pkt.Podwójny – 1 pkt.Potrójny i większy – 2 pkt. |
|  | system samoczyszczący – system zwiększający żywotność turbiny polegający na wtłoczeniu powietrza z olejem do wnętrza turbiny i jej przesmarowaniu | TAK, podać i opisać |  | - - - |
|  | ceramiczne łożysko | TAK, podać i opisać |  | - - - |
|  | Mikrosilnik pneumatyczny, **1 szt.** | TAK, podać i opisać |  | - - - |
|  | Kątnica stomatologiczna na push, **2 szt.** | TAK, podać i opisać |  | - - - |
|  | Fotelik lekarza z możliwością wyboru koloru, **1 szt.** | TAK, podać i opisać |  | W kolorze fotela stomatologicznego – 1 pkt.,W innym kolorze niż fotel stomatologiczny – 0 pkt. |
|  | Asystor stomatologiczny z możliwością wyboru koloru, **1 szt.** | TAK, podać i opisać |  | W kolorze fotela stomatologicznego – 1 pkt.,W innym kolorze niż fotel stomatologiczny – 0 pkt. |
|  | **INSTALACJA ORAZ MONTAŻ UNITU STOMATOLOGICZNEGO:** |  |  |  |
|  | Instalacja oraz montaż oferowanego przedmiotu zamówienia w przystosowanym pomieszczeniu z wykonanymi przyłączami oraz podejściami wody (zgodnie z załączoną dokumentacją techniczno- ruchową) | TAK, podać i opisać |  | - - - |

**Rozdział nr II -** *Gwarancja i obsługa serwisowa (gwarancyjna i pogwarancyjna)*

| **L.P.** | **Opis parametrów** | **Parametr / wartość / ilość**  | **Parametr oferowany** | **Sposób oceny pkt.** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Gwarancja **min. 24 miesięcy** od dnia instalacji po­twierdzonej protokołem uruchomienia i prze­kaza­nia przedmiotu zamówienia **UWAGA1** - gwarancja na cał­ko­wity przedmiot zamówienia bez żadnych wyłączeń**UWAGA 2** – należy podać pełną liczbę mie­sięcy. Wartości ułamkowe będą przy ocenie za­okrąglane w dół – do pełnych miesięcy,**UWAGA 3** – maksymalny okres gwarancji 8 lat. | TAK, podać |  | Okres wymagany – 0 pkt.,Poniżej 36 miesięcy gwarancji – 1 pkt.,Od 36 – 47 miesięcy gwarancji – 15 pkt.,Od 48 –59 miesięcy gwarancji 25 pkt.60 i więcej miesięcy gwarancji - 35 pkt., |
|  | Przedłużenie okresu gwarancji o każdy dzień trwa­jącej naprawy | TAK |  | - - - |
|  | Opieka techniczna, wymagane zgodnie z zale­ceniami producenta przeglądy okre­sowe wykonane przez autoryzowany serwis wraz z zestawami do przeglądu na koszt oferenta przez okres gwarancji  | TAK, podać |  | - - - |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 10 lat od daty zainstalowania przedmiotu zamówienia | TAK, podać **– podać dokładną wartość** |  | - - - |
|  | Wymiana każdego podzespołu na nowy po jego drugiej naprawie. Trzecia naprawa skutkuje wymianą elementu na nowy | TAK **– podać dokładną wartość** |  | - - - |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwaran­cyjny na terenie Rzeczpospolitej Polskiej | TAK |  | - - - |
|  | Aktualizacja oprogramowania do najnowszych wersji zainstalowanych w dostarczonym przedmiocie zamówienia w okresie trwania gwarancji. | TAK |  | - - - |
|  | Wszystkie oferowane asortymenty pozbawione haseł, kodów, blokad serwi­sowych, itp., które po upływie gwarancji utrudnia­łyby właścicielowi dostęp do opcji serwi­sowych lub naprawę przedmiotu zamówienia przez inny niż Wy­konawca umowy podmiot, w przypadku nie ko­rzystania przez zamawiającego z serwisu po­gwarancyjnego Wy­konawcy lub udostępnienie haseł, kodów serwiso­wych, itp., załączonych najpóźniej w ostatnim dniu gwarancji – dotyczy kompletnego przedmiotu zamówienia | TAK |  | - - - |

**Rozdział nr III –** *dodatkowe informacje*

| **l.p.** | **Parametr** | **Parametr** | **Parametr oferowany** | **Nr strony oferty potwierdzającej parametr oferowany** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Dokumentacja załączona do oferty** |  |  |  |
|  | Wymagane do oferty dokumenty poświad­czające dopuszczenie do obrotu oferowa­nych wyrobów, w tym co najmniej: – deklaracja zgodności, – certyfikat CE – wymagany tylko w przypadku gdy przedmiot zamówienia jest wyrobem medycznym zakwalifikowanym do klasy: I sterylna, I z funkcją pomiarową, IIA, IIB, III zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. nr 107 poz.679), – zgłoszenie wyrobu medycznego jeżeli klasa wyrobu na to wskazuje do Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobój­czych lub powiadomienie Prezesa Urzędu Re­jestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych o wprowadzeniu wyrobu medycznego do uży­wania (ustawa z dnia 20 maja 2010r. o wyro­bach medycznych (Dz. U. nr 107 poz.679),\* Deklaracja zgodności i certyfikat CE na cały przedmiot zamówienia, nie na części składowe, zgodna z aktualnie obowiązującym prawem (w tym dyrektywy UE) | Tak, podać i załączyć do oferty |  | Podać stronę oferty ze scanem dokumentów:………………. |
|  | Struktura serwisowa gwarantująca realizację wymogów stawianych w niniejszej specyfikacji – należy podać wykaz serwisów i/lub serwisantów posiadających uprawnienia do obsługi serwisowej oferowanego przedmiotu zamówienia (należy podać dane teleadresowe, sposób kontaktu i liczbę osób serwisu własnego lub podwykonawcy posiadającego uprawnienia do tego typu działalności) | TAK, podać i wskazać podmioty |  | Podać stronę oferty ze scanem dokumentów:………………. |
|  | **Dokumentacja załączona po ocenie ofert** |  |  |  |
|  | Potwierdzenie parametrów technicznych od­powiednimi skanami instrukcji obsługi, instrukcji serwisowej, kart katalogowych lub ska­nami broszur w języku polskim przez Wykonawcę, którego oferta została oceniona najwyżej. **UWAGA 1** – w przypadku braku dokumentu w języku polskim należy załączyć dokument w języku obcym wraz z jego tłumaczeniem,,**UWAGA 2** – w przypadku braku możliwości potwierdzenia któregokolwiek z parametrów z rozdz. I skanami instrukcji obsługi, instrukcji serwisowej, kart katalogowych lub skanami broszur Zamawiający dopuszcza aby te parametry zostały potwierdzone oświadczeniem producenta lub autoryzowanego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej przedstawiciela producenta**UWAGA 3 –** Zamawiający wymaga aby na po­twierdzeniach parametrów technicznych znajdowały się odnośniki do konkretnego parametru z załącznika nr 2 w następującej postaci: **l.p. nr parametru****UWAGA 4 –** Jeżeli którykolwiek z parametrów przedstawionych w kolumnie „parametr oferowany” nie zostanie potwierdzony Zamawiający odrzuci najkorzystniejszą dotychczas ofertę oraz dokona ponownego wyboru Wykonawcy. | TAK, załączyć po ocenie ofert |  | Nie dotyczy |
|  | Dokumentacja techniczno- ruchowa umożliwiająca wykonanie Zamawiającemu niezbędnych przyłączy i podejść wody | TAK, załączyć po ocenie ofert |  | Nie dotyczy |
|  | **Dokumentacja załączona przy dostawie**  |  |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papie­rowej i elektronicznej na płycie CD/DVD lub innym nośniku (format PDF) – dotyczy także asortymentów peryferyjnych | TAK, załączyć przy dostawie |  | Nie dotyczy |
|  | Z przedmiotem zamówienia wykonawca dostarczy paszport techniczny zawierający co najmniej takie dane jak: nazwa, typ (model), producent, rok produkcji, numer seryjny (fabryczny), inne istotne informacje (np. części składowe, istotne wyposażenie, oprogramowanie), kody z aktualnie obowiązującego słownika NFZ (o ile występują) | TAK, załączyć przy dostawie |  | Nie dotyczy |
|  | Przygotowanie i dostarczenie do siedziby Zamawiającego kompletu dokumentów i testów, których wyko­nanie zgodnie z obowiązującymi przepisami leży po stronie dostawcy, a które są nie­zbędne do odbioru pracowni i urządzenia przez uprawnione instytucje – wymienić | TAK, załączyć przy dostawie |  | Nie dotyczy |
|  | Dokumentacja (lub tzw. lista kontrolna zawierająca wykaz części i czynności) dotycząca okresowych przeglądów technicznych w języku polskim, która zostanie zaktualizowana w ostatnim dniu gwarancji.**UWAGA** - dokumentacja musi zapewnić co najmniej pełną diagnostykę przedmiotu zamówienia, wykonywanie drobnych napraw, regulacji, kalibracji, oraz przeglądów okresowych w standardzie wymaganym przez producenta | TAK, załączyć przy dostawie |  | Nie dotyczy |
|  | Harmonogram lub częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów lub innej obsługi serwisowej  | TAK, załączyć przy dostawie |  | Nie dotyczy |
|  | Instrukcja konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji dla poszczególnych elementów przedmiotu zamówienia. | TAK, podać i zał. przy dostawie |  | Nie dotyczy |
|  | Możliwość mycia i dezynfekcji poszczególnych elementów przedmiotu zamówienia 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, podać i załączyć przy dostawie |  | Nie dotyczy |
|  | **Szkolenia**  |  |  |  |
|  | Szkolenia dla personelu medycznego z zakresu obsługi podstawowej przedmiotu zamówienia:1. Pierwsze szkolenie przed pierwszym uruchomieniem,
2. Drugie szkolenie w trakcie trwania gwarancji.
 | TAK, podać  |  | Nie dotyczy |
|  | Szkolenie dla personelu technicznego z zakresu podstawowej diagnostyki stanu technicznego i wykonywania podstawowych czynności konserwacyjnych, naprawczych i przeglądowych – w okresie trwania gwarancji | TAK, podać  |  | Nie dotyczy |
|  | **Inne** |  |  |  |
|  | W cenie przedmiotu zamówienia znajduje się komplet ak­cesoriów, okablowania itp. asortymentu nie­zbędnego do uruchomienia i funkcjonowania przedmiotu zamówienia jako całości w wymaganej specyfi­kacją konfiguracji | TAK, podać  |  | Nie dotyczy |
|  | Spełnienie wymogów obowiązującego prawa w tym ustawy o wyrobach medycznych | TAK  |  | Nie dotyczy |
|  | Transport krajowy i zagraniczny wraz z ubezpie­czeniem, wszelkie opłaty celne, skar­bowe oraz inne opłaty pośrednie po stronie wykonawcy | TAK  |  | Nie dotyczy |
|  | Przed przystąpieniem do realizacji zamówienia, Wykonawca może dokonać wizji lokalnej, sprawdzenia wymiarów pomieszczeń (wykonanie ewentualnej inwentaryzacji pomieszczeń) celem montażu przedmiotu zamówienia | TAK |  | Nie dotyczy |

**Oświadczenie Wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej do zawarcia umowy i dostarczenia przedmiotu zamówienia spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany i powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i będzie po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.
3. Oświadczamy, iż zapoznaliśmy się również z specyfikacją istotnych warunków zamówienia wraz z treścią załączników zawierających, dla wykonawców, dodatkowe wymogi wynikające z treści tych dokumentów.

|  |  |
| --- | --- |
| ………………….…….………, dnia: ………..…….……. r.(miejscowość) | **Potwierdzam oferowane jw. parametry**:…………………………………………………………………………Uprawniony przedstawiciel wykonawcy–– pieczęć z podpisem lub nazwisko i imię. |