**Opis przedmiotu zamówienia**

Kardiomonitory 30 szt.

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

| **LP** | **Opis parametru** | **Parametr / wartość / ilość** | **Parametr oferowany** | **SPOSÓB OCENY** | **Nr strony oferty potwierdzającej parametr oferowany** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Przedmiot zamówienia fabrycznie nowy nie podemonstracyjny, nie powystawowy, rok produkcji 2020 r. | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | **INFORMACJE OGÓLNE** |  |  |  |  |
|  | Kardiomonitor stacjonarno-przenośny o masie nie większej niż 5 kg z akumulatorem – **podać masę** | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Przeznaczony dla wszystkich kategorii wiekowych, wyposażony w odpowiednie algorytmy pomiarowe.  Automatycznie włącza algorytmy i zakresy pomiarowe adekwatne do wybranej kategorii wiekowej pacjenta | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Kardiomonitor wyposażony w uchwyt do przenoszenia przygotowany do łatwego montażu na podstawie jezdnej lub uchwycie ściennym | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Zasilacz wbudowany w jednostkę główną. Mechaniczne zabezpieczenie przed przypadkowym wyciagnięciem kabla zasalającego. | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Kardiomonitor kolorowy z ekranem LCD z podświetleniem LED o przekątnej nie mniejszej niż 10 cali, rozdzielczości min. 800x600 pikseli z możliwością regulacji jasności ekranu w zakresie co najmniej 11 poziomów. **– podać długość przekątnej ekranu, rozdzielczość oraz liczbę poziomów** | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Trendy tabelaryczne i graficzne mierzonych parametrów -co najmniej 160 godzin z rozdzielczością nie gorszą niż 1 minuta - **podać** oraz zapis min. 1 krzywej full disclosure z ostatnich min. 48 godzin. – **podać** | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Zapamiętywanie zdarzeń alarmowych- min. 200 – **podać -** z zapisem odcinków krzywych z ostatnich min. 16 sekund **–podać -** oraz innych parametrów cyfrowych z możliwością wydruku | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Pomiar i monitorowanie co najmniej następujących parametrów:   * EKG * HR * Respiracja * Saturacja * Nieinwazyjny pomiar ciśnienia * Temperatura (T1,T2,TD)   - **wymienić wszystkie** | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | **Pomiar Saturacji(SpO2)** |  |  |  |  |
|  | Wyświetlanie wartości cyfrowej saturacji i tętną, krzywej pletyzmograficznej oraz wskaźnika perfuzji (PI) | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Zakres pomiarowy saturacji 0-100% | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Zakres pomiarowy pulsu co najmniej 20-250 bpm | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Dokładność pomiaru saturacji w zakresie 70-100% nie gorsza niż +/- 3 % | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Niezależna funkcja pozwalająca na jednoczesny pomiar SpO2 i nieinwazyjnego ciśnienia bez wywołania alarmu SpO2 w momencie pompowania mankietu na kończynie na której założony jest czujnik z możliwością programowego włączenia i wyłączenia | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Możliwość wyboru trybu pomiaru SpO2(wysoki, średni, niski) | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Funkcja sygnalizacji dźwiękowej zmian SpO2 | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Wskaźnik identyfikujący sygnał i informujący o jego jakości podczas ruchu lub przy niskiej perfuzji. Wyświetlany na krzywej pletyzmograficznej | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | **Pomiar EKG** |  |  |  |  |
|  | Zakres HR min. 15-350 min. | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Monitorowanie EKG z 3 lub 5odprowadzeń Możliwość rozbudowy o monitorowanie 12 odprowadzeń | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Ilość odprowadzeń automatycznie wykrywana po podłączeniu odpowiedniego przewodu EKG | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Dokładność pomiaru HR nie gorsza niż +/- 1 bpm | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Prędkości kreślenia min. 6,25mm/s, 12.5mm/s, 25mm/s, 50mm/s | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Detekcja stymulatora z graficznym zaznaczeniem na krzywej | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Funkcja kaskady | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Wzmocnienie przebiegu EKG: co najmniej x0,125 cm/mV; x0,25; cm/mV; 0,5 cm/mV; 1,0 cm/mV; 2,0 cm/mV; 4,0 cm/mV; AUTO | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Analiza odcinka ST w zakresie min. +/- 2,0 mV z prezentacją wszystkich odprowadzeń jednocześnie.  Możliwość ustawienia punktu referencyjnego do pomiaru ST. | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Tryb pracy: Diagnoza, Monitorowanie, Operacja, ST | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Analiza zaburzeń rytmu z rozpoznawaniem min.20 zaburzeń | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | **Pomiar ciśnienia krwi metodą nieinwazyjną(NIBP)** |  |  |  |  |
|  | Oscylometryczna metoda pomiaru. Wyświetlanie wartości liczbowej ciśnienia skurczowego, rozkurczowego i średniego | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Zakres pomiaru ciśnienia co najmniej 10-270 mmHg | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Zakres pomiaru pulsu wraz z NIBP min. 40-240 bpm | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Dokładność pomiaru nie gorsza niż +/- 5 mmHg | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Tryby pomiaru: ręczny, auto, ciągły(powtarzające się pomiary w okresie co najmniej 4 min) | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Zakres programowania interwałów w trybie Auto co najmniej 1-720 minut | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Funkcja stazy | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Możliwość wstępnego ustawienia ciśnienia w mankiecie | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Kardiomonitor wyposażony w niezależną od pamięci trendów, pamięć ostatnim min. 2000 wyników pomiarów NIBP | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Monitorowanie dynamicznego ciśnienia krwi z ostatnich min. 24 godzin. Monitorowanie co najmniej wartości ciśnienia średniego, średniego za dnia, średniego w nocy, maksymalnego oraz minimalnego. | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | **Pomiar Respiracji** |  |  |  |  |
|  | Sposób wyświetlania- w postaci krzywej dynamicznej oraz wartości cyfrowej | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Pomiar impedancyjny częstości oddechów w zakresie min.0-150 odd./min. | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Dokładność pomiaru nie gorsza niż +/- 2 oddechy | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Możliwość wyboru z pozycji kardiomonitora odprowadzenia użytego do pomiaru oddechu w celu dopasowania do różnych sposobów oddychania | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Szybkość przesuwu krzywej respiracji co najmniej:6,25mm/s, 12.5mm/s, 25mm/s, | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Wzmocnienie przebiegu respiracji: co najmniej x0,25; cm/mV; 0,5 cm/mV; 1,0 cm/mV; 2,0 cm/mV; 4,0 cm/mV; | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Alarmy bezdechu regulowany w zakresie min.10-60 sekund | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | **Pomiar temperatury (TEMP)** |  |  |  |  |
|  | Zakres pomiarowy min.0-500C | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Dokładność pomiaru nie gorsza niż +/- 0,10C | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Jednoczesne wyświetlanie co najmniej trzech wartości -2 temperatury ciała i temperatury różnicowej z możliwością regulacji granic alarmowych dla każdego z parametrów | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | **Dodatkowe informacje** |  |  |  |  |
|  | Gniazdo wyjścia sygnału EKG do synchronizacji defibrylatora | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Obsługa kardiomonitora przy pomocy, pokrętła przycisków oraz poprzez ekran dotykowy | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | 3-stopniowy system alarmów monitorowanych parametrów | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Akustyczne i wizualne sygnalizowanie wszystkich alarmów | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Możliwość min. 5 stopniowego zawieszania alarmów: 1min., 2min.,3 min., 10 min.,15 min oraz wyłączenia na stałe | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Możliwość ustawienia granic alarmowych wszystkich monitorowanych parametrów w zakresie min. 2 poziomów ważności.  Granice alarmowe ustawiane w jednym wspólnym menu dla wszystkich parametrów | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Ustawienie głośności sygnalizacji alarmowej w zakresie min 8 poziomów | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Ręczne i automatyczne ustawienie granic alarmowych w odniesieniu do aktualnego stanu monitorowanego pacjenta | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Wbudowany system zarządzania danymi pacjenta umożliwiający zapis oraz eksport danych min. 15 monitorowanych pacjentów. Funkcja szybkiego przyjęcia oraz wypisania pacjenta | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Klawiatura alfanumeryczna do wprowadzania danych pacjenta: nazwisko, płeć, nr identyfikacyjny, waga, wzrost, grupa krwi | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Możliwość programowej dezaktywacji poszczególnych modułów pomiarowych | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Oprogramowanie do obliczania leków, kalkulator hemodynamiczny, wentylacyjny, utlenowania, nerkowy | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Kalkulator leków z tabelami miareczkowania, ułatwiającymi przeliczanie dawek powiązanych z masą ciała pacjenta na szybkość podawania leku w ml/godzi. Kalkulator powinien mieć wpisane podstawowe leki oraz umożliwiać skonfigurowanie co najmniej 5 własnych leków | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Zasilanie kardiomonitora z sieci 230V i akumulatora | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Czas pracy kardiomonitora zasilanego z akumulatora nie krótszy niż 3 godziny  Akumulator z możliwością wymiany bez udziału serwisu | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Graficzny wskaźnik stanu naładowania akumulatora | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Wyświetlanie - co najmniej 8 przebiegów z możliwością edycji kolorów parametrów, ustawienia dowolnej kolejności ich wyświetlania. Bez użycia funkcji 7xEKG oraz 12xEKG | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Dostępne tryby pracy:   * tryb dużych znaków * tryb trendów * tryb oxyCRG * tryb listy * 7-EKG * 7-EKG oraz dodatkowych krzywych * tryb podglądu danych z innych lóżek(bez stacji centralnego nadzoru) | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Funkcja informowania o alarmach pojawiających sie na innych kardiomonitorach podłączonych do wspólnej sieci | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Monitor wyposażony w wyjście VGA do podłączenia monitora kopiującego | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Funkcja „tryb prywatny” pozwalająca - w przypadku podłączenia urządzenia do centrali - na ukrycie danych przed pacjentem i wyświetlanie ich tylko na stanowisku centralnym. | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Tryb nocny umożliwiający zaprogramowanie jasności ekranu, głośności alarmu, głośności QRS, głośności przycisków | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Monitor przystosowany do pracy w standardowej sieci Ethernet (złącze RJ-45) | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Możliwość rozbudowy o bezprzewodową komunikację ze stanowiskiem centralnego monitorowania-certyfikowana przez producenta obsługa poprzez oprogramowanie kardiomonitora | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Kardiomonitor przystosowany do eksportu danych do standardowego komputera niepełniącego jednocześnie funkcji centrali | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Monitor wyposażony w min. 1 porty USB do podłączenia klawiatury lub myszki; | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Proste aktualizacja oprogramowania poprzez gniazdo USB. Możliwość przenoszenia profilu użytkownika(konfiguracja ekranu, alarmów, jasności itp.) do innego kardiomonitora przy pomocy nośnika pendrive. | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Cicha praca kardiomonitora- pasywne chłodzenie bez wentylatora | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Kardiomonitor zabezpieczony przed zalaniem wodą-stopień ochrony co najmniej IPX1 | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Monitor przygotowany do prostej rozbudowy(bez konieczności wysyłki do serwisu)o pomiar etCO2 – wbudowane zarezerwowane gniazdo obsługujące technologię plug-and-play. | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Możliwości podłączenia zewnętrznej drukarki i wydruku danych w formacie A4 | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | Monitor przystosowany do ciągłej pracy w zakresie temperatur co najmniej 5-40oC. | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | **WYPOSAŻENIE – każdego kardiomonitora**  \*poniżej opisane wyposażenie dotyczy 1 szt. kardiomonitora |  |  |  |  |
|  | Podstawa jezdna z koszykiem na akcesoria **– 1 szt.** | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | kabel EKG 5-odprowadzeniowy dla dorosłych **– 1 szt.** | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | wielorazowy czujnik SpO2 typu klips dla dorosłych **– 1 szt.** | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | mankiet do pomiaru NIBP(rozmiar średni dla dorosłych) **– 1 szt.** | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | mankiet do pomiaru NIBP(rozmiar duży dla dorosłych) **– 1 szt.** | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | wąż połączeniowy NIBP **– 1 szt.** | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |
|  | czujnik temperatury powierzchniowej dla dorosłych **– 1 szt.** | Tak, podać i opisać |  | - - - | \*\*  nr str. Oferty: ……………. |

**\* podać nr strony oferty, na której znajduje się potwierdzenie opisanego parametru technicznego odpowiednimi skanami instrukcji obsługi lub skanami broszur w języku polskim,**

**\*\* podać nr strony oferty, na której znajduje się potwierdzenie opisanego parametru technicznego – parametr może zostać potwierdzony zarówno w sposób opisany w „\*” lub za pomocą oświadczenia producenta lub Wykonawcy,**

**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.,  48 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 |  |  |
|  | Wymiana każdego podzespołu na nowy po jego drugiej naprawie. Trzecia naprawa skutkuje wymianą elementu na nowy | TAK |  | - - - |
|  | 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) | TAK |  | - - - |
|  | 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.2020.0.186 z późniejszymi zmianami),  – 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.2020.0.186 z późniejszymi zmianami)  \* 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:  ………………. |
|  | Potwierdzenie parametrów technicznych od­powiednimi skanami instrukcji obsługi, instrukcji serwisowej, kart katalogowych lub ska­nami broszur w języku polskim przez Wykonawcę  **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** | Tak, podać |  | Nie dotyczy |
|  | **Dokumentacja załączona przy dostawie** |  |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papie­rowej i elektronicznej na płycie CD/DVD i 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) – paszport techniczny na każde urządzenie osobno | 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 min. dwa szkolenia: pierwsze podczas uruchomienia drugie w dowolnym terminie ustalonym pomiędzy zamawiającym a wykonawcą w trakcie trwania gwarancji. Jeżeli dostawa odbędzie się w trakcie trwania stanu zagrożenia epidemiologicznego lub epidemii - szkolenia zostaną przeprowadzone w postaci wideokonferencji w dowolnym terminie ustalonym pomiędzy zamawiającym a wykonawcą w trakcie trwania gwarancji. | TAK, podać |  | Nie dotyczy |
|  | Szkolenia dla personelu technicznego (do 5 osób) z zakresu podstawowej diagnostyki stanu technicznego i wykonywania podstawowych czynności konserwacyjnych, naprawczych i przeglądowych; w razie potrzeby możliwość stałego wsparcia aplikacyjnego w okresie gwarancji przedmiotu zamówienia (dodatkowe szkolenie, dodatkowa grupa osób, konsultacje, itp.) - Uzyskanie (potwierdzonych certyfikatem) częściowych uprawnień serwisowych przez personel techniczny | 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. |