***Załącznik Nr 2 do SWZ. Część 4***

***(Załącznik nr 2 do Umowy)***

**Opis przedmiotu zamówienia**

1. Przedmiotem zamówienia jest: **Doposażenie klinik i oddziałów hematoonkologicznych w sprzęt do diagnostyki i leczenia białaczek i chłoniaków oraz dostawa sprzętu i aparatury medycznej dla potrzeb SP ZOZ MSWiA w Poznaniu, im. prof. Ludwika Bierkowskiego.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Poz. nr | Nazwa przedmiotu zamówienia | Ilość |
|  | | |
| 1 | Fotel do chemioterapii | 9 szt. |

1. Zamawiający wymaga dostarczenia w ramach zamówienia fabrycznie nowych urządzeń medycznych. Nie dopuszcza się oferowania urządzeń używanych, rekondycjonowanych oraz demonstracyjnych. Urządzenia muszą być wolne od wszelkich wad fizycznych (konstrukcyjnych), prawnych oraz wszystkie jego najważniejsze podzespoły m. in. generator, lampa, detektor muszą pochodzić od jednego producenta i tego samego modelu oferowanego aparatu.
2. Zaoferowana aparatura musi posiadać wymagane świadectwa i certyfikaty oraz oznakowanie przewidziane zapisami Ustawy o Wyrobach Medycznych świadczące o wymaganym dopuszczeniu do stosowania i obrotu na terenie Polski tj. certyfikat CE i deklarację zgodności zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie wymagań zasadniczych oraz procedur oceny zgodności wyrobów medycznych lub równoważne wynikające z rodzaju oraz przeznaczenia.
3. Zaoferowana aparatura medyczna musi być kompletna i gotowa do użytkowania bez dodatkowych zakupów.
4. Gwarancja – 48 miesięcy od daty protokolarnego odbioru końcowego bez uwag.
5. W okresie gwarancji Wykonawca w ramach wynagrodzenia umownego zobowiązuje się do:

wykonywania okresowych przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta, jednak nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy. Każdorazowy okresowy przegląd techniczny musi odbyć się w ściśle określonym terminie. Niewykonanie okresowego przeglądu technicznego w wyznaczonym czasie skutkuje wydłużeniem pełnego zakresu gwarancyjnego o jeden miesiąc za każdy dzień zwłoki oraz dodatkowo przysługiwać będzie jedna naprawa, której całkowity koszt będzie po stronie Wykonawcy.

przystąpienie do usunięcia awarii w terminie nie przekraczającym 24 godzin od zgłoszenia przez Zamawiającego. Za przystąpienie do usunięcia awarii Zamawiający uzna działanie Wykonawcy, które ma doprowadzić do usunięcia awarii lub rozpoczęcia diagnozy uszkodzenia w drodze telefonicznego wywiadu technicznego, serwisu zdalnego lub wizyty osobistej pracownika działu serwisu Wykonawcy. Czas usunięcia awarii przez Wykonawcę wynosi 48 godzin od jej zgłoszenia przez Zamawiającego. W przypadku gdy naprawa awarii wymaga sprowadzenia części spoza granic kraju, termin może ulec wydłużeniu, lecz nie dłużej niż do 5 dni roboczych. W przypadku niemożliwości dochowania terminu naprawy Wykonawca obowiązany jest do dostarczenia sprzętu zastępczego, o nie gorszych parametrach niż będący przedmiotem umowy na czas wykonania skutecznej naprawy.

dostarczenia fabrycznie nowego urządzenia w przypadku wystąpienia trzykrotnie tej samej awarii.

przekazania Zamawiającemu, po każdej planowej czynności serwisowej oraz każdej naprawie, raportu serwisowego zawierającego opis wykonanych czynności serwisowych lub opis wykonanej naprawy z określeniem zużytych do naprawy części oraz określeniem czasu trwania naprawy serwisowej lub czynności serwisowej.

1. Po zakończonym okresie gwarancyjny Wykonawca zobowiązany jest udostępnić Zamawiającemu wymaganą dokumentację serwisową wraz z kodami serwisowymi (jeśli dotyczy), umożliwiającą wykonanie okresowego przeglądu technicznego zgodnie z zaleceniami producenta.
2. Wszelkie czynności serwisowe muszą być realizowane przez podmiot upoważniony przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania tych czynności, zgodnie z art. 90 Ustawy o wyrobach medycznych. W związku z powyższym Wykonawca przy dostawie załączy wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania czynności serwisowych.
3. Przedmiot zamówienia musi być oznakowany przez producenta w Taki sposób, aby możliwa była identyfikacja zarówno produktu jak i producenta.
4. Opis oferowanych urządzeń nie powinien budzić żadnej wątpliwości Zamawiającego. Z opisu powinno wynikać, że oferowany przedmiot zamówienia jest o Takich samych parametrach, jaki wymaga Zamawiający lub parametrach lepszych poprzez dokładne wskazanie zaoferowanych parametrów wg punktów wyszczególnionych przez Zamawiającego w zestawieniu wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych.
5. Zamawiający ma prawo do sprawdzenia wiarygodności podanych przez Wykonawcę parametrów techniczno – użytkowych we wszystkich dostępnych źródłach, w tym również poprzez zwrócenie się o złożenie dodatkowych wyjaśnień do Wykonawcy.

***Faktura dostarczona w dniu realizacji zamówienia.***

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Część 4** | | | | | |
| **Fotel do chemioterapii (9 szt.)**  **model / typ: ……………………………**  **producent: ……………………………**  **kraj pochodzenia: ……………………** | | | | | |
| **Rok produkcji: ………………………** | | | | | |
| ***Lp.*** | ***Parametr*** | ***Parametry wymagane*** | ***Opis parametrów oferowanych\**** | ***Ocena punktowa*** | ***Określenie punktacji*** |
| 1. **Wymogi formalne** | | | | | |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, wyprodukowane nie wcześniej niż 2024 roku | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie medyczne do obrotu i używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022. (Dz. U z 2022 r. poz. 974 i Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 (deklaracja zgodności UE) lub równoważne wynikające z rodzaju oraz przeznaczenia | Tak dołączyć do oferty oraz przy dostawie |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Wymagania podstawowe** | | | | | |
|  | Fotel kliniczny, elektrycznie regulowany | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Konstrukcja nośna umożliwiająca ułożenie pacjenta w pozycjach:   * siedzącej, * półleżącej, * leżącej. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Konstrukcja nośna umożliwiająca ułożenie pacjenta w pozycjach:   * pionowej, * pozycji Trendelenburga. | Tak/ Nie |  |  | **Nie – 0 pkt.**  **Tak – 20 pkt.** |
|  | Fotel z przeznaczeniem dla pacjentów z trudnościami we wstawaniu, tj. z pozycji siedzącej do stojącej. | Tak/ Nie |  |  | **Nie – 0 pkt.**  **Tak – 20 pkt.** |
|  | Dopuszczalne obciążenie max. 150 kg | Tak, podać |  |  | **wartość graniczna – 0 pkt.**  **dopuszczalne obciążenie > 150 kg – 15 pkt.** |
|  | Wymiary zewnętrzne fotela:   * długość 185 cm ± 3 cm; * szerokość 86 cm ± 3 cm, * wysokość 155 cm ± 3 cm | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Elektryczna regulacja wysokości siedziska w zakresie min. 48 – 66 cm | Tak, podać |  |  | **najniższe położenie siedziska ≤ 45 cm – 15 pkt.** |
|  | Wysokość siedziska liczona od podłoża: 48cm ± 3cm,  Szerokość siedziska: 66 cm ± 3cm,  Głębokość siedziska: 48 cm ± 3cm | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Podwójne koła samonastawne: średnica min. 8 cm | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Fotel wyposażony w centralny system hamulcowy, z jednoczesnym blokowaniem wszystkich kół | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | System hamulcowy – obsługiwany dźwigniami nożnymi dostępnymi z obu stron fotela | **Tak/ Nie** |  |  | **Nie – 0 pkt.**  **Tak – 10 pkt.** |
|  | Dotykowy panel sterujący dla personelu medycznego | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Panel kontrolny łatwo dostępny dla pacjenta: min. 1 | Tak, podać |  |  | **1 panel kontrolny dla pacjenta – 0 pkt.**  **więcej niż jeden panel kontrolny dla pacjenta – 15 pkt.** |
|  | Regulacja elektryczna min. 5 – ciu pozycji ustawienia fotela . Ikona aktywnej pozycji fotela podświetlona na panelu. | Tak, podać |  |  | **wartość graniczna – 0 pkt.**  **liczba pozycji fotela > 5 – 10 pkt.** |
|  | Wskaźnik LED zasilania na panelu sterowania widoczny dla personelu | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Wydłużone, składane podłokietniki wzdłuż leża – lub równoważne | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Wysokość podłokietnika od podłoża w zakresie: min. 71cm – 89cm | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Ergonomiczne uchwyty w segmencie pleców ułatwiające manewrowanie fotelem | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Wbudowane wieszaki na worki urologiczne z obu stron fotela | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Zasilanie: 100 – 240 V, 50 – 60 Hz | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Blokada funkcji elektrycznych na panelu sterowniczym dla personelu medycznego | Tak/ Nie |  |  | **Nie – 0 pkt.**  **Tak – 20 pkt.** |
|  | Wyświetlacz LED wskazujący włączony hamulec fotela w celach bezpieczeństwa zintegrowany z pozycjami fotela | Tak/ Nie |  |  | **Nie – 0 pkt.**  **Tak – 20 pkt.** |
|  | Wbudowany akumulator do zasilania w sytuacjach zaniku prądu ze wskaźnikiem naładowania na panelu sterowniczym | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Materac z pianki w pokrowcu ze zgrzewanymi krawędziami | Tak |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Inne wymagania** | | | | | |
|  | Okres gwarancji 48 miesięcy | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | W okresie gwarancji, w ramach zaoferowanej ceny, Wykonawca przeprowadzi okresowe przeglądy techniczne przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi przez producenta, łącznie z wymianą wszystkich zalecanych części i materiałów eksploatacyjnych. Okres gwarancyjny obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Gwarancja dostępności autoryzowanego serwisu oraz części zamiennych po upływie okresu gwarancyjnego – nie mniej niż 7 lat licząc od daty jej zakończenia. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Uzupełniony paszport techniczny, podpisany przez uprawnionego serwisanta wraz z kartą gwarancyjną. Dostarczenie wraz z dostawą aparatu. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Broszury techniczne, instrukcje, foldery potwierdzające spełnienie wymagań | Tak, załączyć do oferty |  |  | Bez punktacji |
|  | Deklaracje zgodności CE z wymaganiami określonymi w dyrektywie 98/79/WE wydaną przez wytwórcę/ autoryzowanego przedstawiciela zgodnie z ww. ustawą o wyrobach medycznych – dotyczy urządzeń, które są wyrobami medycznymi lub równoważne wynikające z rodzaju oraz przeznaczenia.  Dostarczenie wraz z dostawą aparatu. | Tak, załączyć do oferty |  |  | Bez punktacji |
|  | Dostarczenie instrukcji obsługi, oprogramowania oraz dokumentacji technicznej w języku polskim, w wersji papierowej i elektronicznej – po 1 szt. w każdej z wersji. Dostarczenie wraz z dostawą aparatu. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Szkolenie stanowiskowe w miejscu instalacji (potwierdzone zaświadczeniem/ certyfikatem) | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Instrukcja stanowiskowa BHP wraz ze szkoleniem z zasad obsługi oraz zasad BHP. Szkolenie na koszt Wykonawcy potwierdzone protokołem. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Autoryzowany serwis na terenie kraju | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Autoryzowany serwis na oferowane urządzenie (załączyć stosowną autoryzację), podać dane teleadresowe autoryzowanego serwisu. | Tak |  |  | Bez punktacji |
| **Serwis gwarancyjny, lokalizacja:** | | | | | |
|  | **Pełna nazwa serwisu:** | | | | |
|  | **Adres:** | | | | |
|  | **Telefon:** | | | | |
|  | **e-mail:** | | | | |
|  | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania czynności związanych z okresową konserwacją, obsługą serwisową, przeglądami, sprawdzaniem lub kontrolą bezpieczeństwa | *(podać)* | | | |
|  | Wykaz dostawców część zamiennych i zużywalnych oraz materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania przedmiotu zamówienia | *(podać)* | | | |
|  | Zgłoszenia awarii/ wad/ błędów/ usterek | *(podać)*  *Numer telefonu: ………………………………………………………..,*  *email: ………………………………………………………….…………* | | | |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać zakresy***

Wartości podane w rubrykach Parametr/Parametry wymagane stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty (nie dotyczy parametrów ocenianych, gdzie Wykonawca może wpisać „NIE”, nie otrzymując tym samym punktów).

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenie, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

Oświadczam, że oferowany przez nas Towar spełnia powyższe parametry wymagane przez Zamawiającego.

……..……..……………………..

*(podpis i pieczątka imienna osoby*

*uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZP/p/36/2024** | | | | | | | |
| **Część 4** | | | | | | | |
| **Wykaz sprzętowo - usługowo - cenowy** | | | | | | | |
| **Poz. nr** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto w złotych** | **Wartość netto w złotych** | **Stawka  VAT** | **Cena jednostkowa brutto w złotych** | **Wartość brutto w złotych** |
| 1 | Fotel do chemioterapii | 9 szt. |  |  |  |  |  |
| 2 | Dostawa, instalacja, uruchomienie |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Szkolenie personelu |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Koszty serwisowe w ramach gwarancji |  |  |  |  |  |  |
| **SUMA:** | | |  |  |  |  |  |

*……..……..……………………..*

*(podpis i pieczątka imienna osoby*

*uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy*