***Załącznik Nr 2 do SWZ. Część 3***

***(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 | Pompa infuzyjna przepływowa | 6 kpl. |

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 – 60 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 3** | | | | | |
| **Pompa infuzyjna przepływowa (6 kpl.)**  **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** | | | | | |
|  | Pompa objętościowa do podawania dożylnego, dotętniczego i dojelitowego, sterowana elektronicznie, umożliwiająca współpracę z systemem centralnego zasilania i zarządzania danymi | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość podaży preparatów krwiopochodnych | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Mechanizm zabezpieczający przed swobodnym, niekontrolowanym przepływem: min. 1 mechanizm zabezpieczający | Tak, opisać |  |  | **wartość graniczna – 0 pkt.**  **więcej niż 1 mechanizm zabezpieczający – 15 pkt.** |
|  | Możliwość podaży cytostatyków w układzie zamkniętym, zgodnie z definicją NIOSH | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Dokładność mechaniczna ± 0,5% | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Zasilanie z akumulatora wewnętrznego: nie krócej niż 12h przy przepływie 100ml/h | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Masa pompy max.1,8 kg | Tak, podać |  |  | **wartość graniczna – 0 pkt.**  **masa pompy < 1,6 kg – 15 pkt.** |
|  | Wymiary zewnętrzne (szer. x wys. x gł.): max. 215 x 70 x 125 mm | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość łączenia 2 i 3 pomp w moduły bez użycia stacji dokującej | Tak/ Nie |  |  | **Nie – 0 pkt.**  **Tak – 10 pkt.** |
|  | Podświetlany ekran i przyciski z możliwością regulacji: min. 7 poziomów regulacji | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Regulacja głośności w zakresie: min 60 dBA – 72 dBA | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Regulacja jasności i kontrastu ekranu: min. 7 poziomów regulacji | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość programowania parametrów infuzji w:   * mg, * mcg, * U | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość programowania parametrów infuzji w mmol | Tak/ Nie |  |  | **Nie – 0 pkt.**  **Tak – 20 pkt.** |
|  | Możliwość programowania parametrów infuzji z uwzględnieniem masy ciała w odniesieniu do czasu | Tak/ Nie |  |  | **Nie – 0 pkt.**  **Tak – 20 pkt.** |
|  | Zakres prędkości infuzji;   * min. 0,1 do 1 200 ml/h | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Prędkość infuzji w zakresie: od 0,1 - 99,99 ml/h, programowana co 0,01 ml/godz. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Funkcja programowania objętości do podania: min. 9999 ml. | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Zmiana szybkości infuzji bez konieczności przerywania wlewu | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Wypełnienie drenu ze stale widoczną na ekranie i możliwą do kontrolowania informacją o przetoczonej objętości | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość utworzenia Bazy Leków używanych w infuzjoterapii z możliwością zastosowania oprogramowania do tworzenia Bibliotek Leków na poszczególne oddziały | Tak/ Nie |  |  | **Nie – 0 pkt.**  **Tak – 20 pkt.** |
|  | Biblioteka leków zawierająca po 10 stężeń dla każdego leku | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Automatyczne prowadzenie infuzji dołączanej | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Automatyczne prowadzenie infuzji przy stopniowym wzroście i spadku prędkości | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Automatyczne prowadzenie infuzji w trybie okresowym, składającym się z dwóch faz: bolusa i prędkości. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Automatyczne prowadzenie terapii dawka w czasie. Po wprowadzeniu parametrów dawki i czasu pompa automatycznie obliczy prędkość infuzji | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Automatyczne przekazywanie danych o podawanym żywieniu (pozajelitowym i dojelitowym) do systemu kontrolowanej insulinoterapii. W bibliotece leków zawarte dane żywienia. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Bolus o określonej objętości. Bolus podawany na żądanie. Maksymalna objętość bolusa po alarmie okluzji ≤ 0,2ml | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Funkcja KVO z możliwością wyłączenia funkcji przez użytkownika | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Prezentacja ciągłego pomiaru ciśnienia w linii w formie graficznej | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Akustyczno-optyczny system alarmów i ostrzeżeń | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Menu w języku polskim | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Funkcja programowania czasu infuzji w zakresie nie mniejszym niż. 1min – 99:59 h | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość opcjonalnego rozszerzenia oprogramowania pompy o tryb TCI | Tak/ Nie |  |  | **Nie – 0 pkt.**  **Tak – 10 pkt.** |
|  | Możliwość opcjonalnego rozszerzenia oprogramowania pompy o tryb PCA i PCEA | Tak/ Nie |  |  | **Nie – 0 pkt.**  **Tak – 10 pkt.** |
|  | Zakres ciśnienia okluzji od 225 mmHg do 900mmHg | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość rozszerzenia zakresu ciśnienia okluzji o trzy dodatkowe poziomy 50 mmHg, 100 mmHg, 150 mmHg | Tak/ Nie |  |  | **Nie – 0 pkt.**  **Tak – 10 pkt.** |
|  | Czułość techniczna – wykrywanie pojedynczych pęcherzyków powietrza ≥ 0,01 ml | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Komunikacja pomp umieszczonych w stacji dokującej/stanowisko pacjenta z komputerem poprzez Ethernet - złącze RJ45. Bez konieczności stosowania dodatkowych kabli | Tak/ Nie |  |  | **Nie – 0 pkt.**  **Tak – 10 pkt.** |
|  | Pompa przygotowana do rozbudowy o moduł do bezprzewodowej komunikacji pomp z komputerem poza stacją dokującą | Tak/ Nie |  |  | **Nie – 0 pkt.**  **Tak – 10 pkt.** |
|  | W przypadku niewłaściwej dawki 1,4 ml spowodowanej niepoprawnym działaniem urządzenia, pompa wyłączy się automatycznie. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Alarmy niezbędne do bezpiecznego prowadzenia terapii | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Historia pracy obejmująca min. 2500 wpisów | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość współpracy z czytnikiem kodów kreskowych i paskowych | Tak/ Nie |  |  | **Nie – 0 pkt.**  **Tak – 10 pkt.** |
|  | Możliwość współpracy z systemem do kontrolowanej insulinoterapii | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | System szybkiego mocowania pomp do stacji dokującej bez przerywania przepływu | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość dowolnej konfiguracji ilości pomp strzykawkach i objętościowych w stacji dokującej przy każdym stanowisku pacjenta | Tak/ Nie |  |  | **Nie – 0 pkt.**  **Tak – 10 pkt.** |
|  | Mocowanie stacji dokującej do rury pionowej lub poziomej bez dodatkowego oprzyrządowania | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość wymiany akumulatora przez użytkownika bez użycia specjalnych narzędzi | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość współpracy z systemem do kontrolowanej insulinoterapii | Tak |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Wyposażenie podstawowe każdej jednostki** | | | | | |
|  | Zasilacz zewnętrzny – napięcie 11-16V DC | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Odłączalny uchwyt do przenoszenia i mocowania pompy do rur i szyn medycznych pionowych i poziomych | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Odłączalny uchwyt do przenoszenia zestawu pomp zasilanych jednym przewodem | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Czujnik kropli do precyzyjnej podaży | Tak/ Nie |  |  | **Nie – 0 pkt.**  **Tak – 10 pkt.** |
|  | Stacja dokująca na pompy infuzyjne strzykawkowe i objętościowe, wraz z pokrywą, akumulatorem, zamontowaną na wózku ze stelażu o profilu aluminiowym, lakierowanym proszkowo. Profil nośny z kanałami montażowymi po wewnętrznej i zewnętrznej stronie. Wyposażony w wysięgnik kroplówki z regulacją wysokości w całości wykonany ze stali kwasoodpornej, wysuwany z profilu nośnego z głowicą 2 haczykową. Listwa zasilająca na 5 gniazd elektrycznych mocowana do profilu nośnego za pośrednictwem adaptera umożliwiającego zwinięcie kabla. Podstawa stalowa wózka z osłoną z tworzywa z ABS, zabezpieczająca wózek przed uszkodzeniem, wyposażona w koła z tworzywa sztucznego o średnicy 75 mm, w tym dwa z blokadą. | Tak |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Inne wymagania** | | | | | |
|  | Okres gwarancji 60 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 3** | | | | | | | |
| **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 | Pompa infuzyjna przepływowa | 6 kpl. |  |  |  |  |  |
| 2 | Dostawa, instalacja, uruchomienie |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Szkolenie personelu |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Koszty serwisowe w ramach gwarancji |  |  |  |  |  |  |
| **SUMA:** | | |  |  |  |  |  |

*……..……..……………………..*

*(podpis i pieczątka imienna osoby*

*uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy*