***Załącznik Nr 2 do SWZ. Część 3***

***(Załącznik nr 2 do Umowy)***

**Opis przedmiotu zamówienia**

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa sprzętu i aparatury medycznej dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Poz. nr | Nazwa przedmiotu zamówienia | Ilość |
|  | | |
| 1 | Szafa endoskopowa | 1 szt. |

1. Zamawiający wymaga dostarczenia w ramach zamówienia fabrycznie nowych urządzeń medycznych (rok produkcji zgodnie z rokiem dostawy). Nie dopuszcza się oferowania urządzeń używanych, rekondycjonowanych oraz demonstracyjnych. Urządzenia medyczne 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 medyczna 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.
3. Zaoferowana aparatura medyczna musi być kompletna i gotowa do użytkowania bez dodatkowych zakupów.
4. Gwarancja – 36 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, 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** | | | | | |
| **Szafa endoskopowa**  **model / typ: ……………………………**  **producent: ……………………………**  **kraj pochodzenia: ……………………** | | | | | |
| **Rok produkcji: ………………………** | | | | | |
| ***Lp.*** | ***Parametr*** | ***Parametry wymagane*** | ***Opis parametrów oferowanych\**** | ***Ocena punktowa*** | ***Określenie punktacji*** |
| 1. **Wymogi formalne** | | | | | |
|  | Urządzenie medyczne fabrycznie nowe, wyprodukowane w 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) | Tak dołączyć do oferty oraz przy dostawie |  |  | Bez punktacji |
|  | Konstrukcja urządzenia spełniająca wymagania normy PN EN 16442 (EN 16442) potwierdzone przez producenta urządzenia | Tak dołączyć do oferty oraz przy dostawie |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Wymagania podstawowe** | | | | | |
|  | Urządzenie przeznaczone do przechowywania i suszenia endoskopów giętkich, min. 8 endoskopów | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Urządzenie przelotowe, dwudrzwiowe wolnostojące | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Endoskopy przechowywane na każdym poziomie w wyjmowanym koszu, dedykowanym do umieszczania i podłączenia endoskopów, załadunek endoskopu do szafy bez konieczności odpinania kanałów i dotykania endoskopu. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Szafa wyposażona w kosze załadowcze: min. 8 szt. | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Podłączenie do endoskopów kompatybilne z posiadanymi urządzeniami firmy Meden-Inmed oraz Hawk | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Przeszklone drzwi z obu stron | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Automatyczna blokada drzwi zabezpieczająca przed przypadkowym otwarciem. Ograniczenie dostępu do szafy tylko dla osób upoważnionych | Tak, opisać |  |  | Bez punktacji |
|  | Oświetlenie wnętrza szafy światłem LED z sygnalizacją świetlną podstawowych informacji o statusie urządzenia takich jak:   * aktywny proces suszenia, * zakończony procesu, * nieprawidłowy proces | Tak/ Nie |  |  | **Nie – 0 pkt.**  **Tak – 10 pkt.** |
|  | Czas pełnego suszenia endoskopów: max 3h. Czas suszenia kanałów wewnętrznych: max 1h.  Urządzenie wyposażone w obieg powietrza do suszenia powierzchni zewnętrznych endoskopu. | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Skuteczne przechowywanie endoskopów bez wzrostu poziomu drobnoustrojów zgodnie z aktualną normą PN EN 16442 (EN 16442) potwierdzone deklaracją producenta urządzenia: min. 20 dni | Tak, podać |  |  | **Wartość graniczna – 0 pkt.**  **Wartość > 30 dni – 20 pkt.** |
|  | Ciągła wentylacja kanałów przechowywanego endoskopu | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Ciągły pomiar parametrów wewnętrznych oraz informacja na ekranie dotykowym, umożliwiające ciągły nadzór nad stanem procesu suszenia endoskopów. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Czujnik temperatury i wilgotności względnej | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Urządzenie wyposażone w ekran dotykowy do bezpośredniej obsługi urządzenia z wyświetlaniem czasu suszenia i przechowywania każdego endoskopu niezależnie. Wyświetlanie komunikatów i powiadomień oraz informacji o statusie urządzenia. | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Identyfikacja endoskopów i użytkownika za pomocą skanera kodów kreskowych lub znaczników RFID | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Podłączenie drukarki sieciowej raportów dotyczących suszenia i przechowywania endoskopów. | Tak/ Nie |  |  | **Nie – 0 pkt.**  **Tak – 10 pkt.** |
|  | Podłączenie drukarki kodów paskowych do identyfikacji endoskopów i zakodowania parametrów przeprowadzonego procesu mycia, dezynfekcji, suszenia i przechowywania endoskopu. | Tak/ Nie |  |  | **Nie – 0 pkt.**  **Tak – 20 pkt.** |
|  | urządzenie wyposażone w przyłącze sprężonego powietrza klasy medycznej, dodatkowo wyposażenie ww. wbudowany filtr cząstek max. 0,03 μm oraz filtry HEPA dla obiegu powietrza w kanałach endoskopów i obiegu powietrza dla powierzchni zewnętrznych. | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Zasilanie elektryczne 230V/ 50Hz | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Wymiary gabarytowe urządzenia:   * szerokość max. 70 [cm], * wysokość max. 200 [cm], * głębokość max. 60 [cm] | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Inne wymagania** | | | | | |
|  | Okres gwarancji 36 miesięcy | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do wykonania przeglądu, 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 10 lat licząc od daty jej zakończenia. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Częstotliwość okresowych przeglądów technicznych | Podać, opisać |  |  | Bez punktacji |
|  | Częstotliwość wymiany filtrów. Wymiana wszystkich filtrów w ostatnim roku gwarancji | Podać, opisać |  |  |  |
|  | 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. 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 Towaru | *(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)*