

Nazwa/firma: .....

Adres: .....

Powiat Tarnobrzęski  
ul. 1 Maja 4  
39-400 Tarnobrzeg

## Zakup sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Nowej Dębie

### FORMULARZ PARAMETRÓW TECHNICZNO – UŻYTKOWYCH

**MYJNIA ENDOSKOPOWA – 1 SZT.**

(nazwa urządzenia )

dla potrzeb **PRACOWNI BRONCHOSKOPII**  
(nazwa komórki organizacyjnej Szpitala)

Nazwa własna oferowanego urządzenia .....

Model/typ oferowanego urządzenia: ..... Producent/firma: .....  
(wypełnia Wykonawca) (wypełnia Wykonawca)

L.p.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - wymagania minimalne	Wartości minimalne wymagane/ graniczne	Wartości oferowane , dane techniczne. W przypadku spełnienia jednocześnie wymagań minimalnych oraz przy parametrach urządzenia wyższych niż minimalne ( korzystniejszych dla Zamawiającego) należy podać parametry oferowane ( wypełnia Wykonawca)
<b>I.</b>	<b>WYMAGANIA OGÓLNE</b>		
1.	Urządzenie fabrycznie nowe rok produkcji 2023 lub 2024	TAK	
2.	Urządzenie musi być, nieużywane oraz kompletne, nie może być sprzętem rekondycjonowanym i nie było wcześniej użytkowane przez innego użytkownika. Nie dopuszcza się urządzeń powystawowych	TAK	
<b>II.</b>	<b>PARAMETRY TECHNICZNO - UŻYTKOWE</b>		
1.	Myjnia automatyczna jednostanowiskowa – 1 szt.	TAK	
2.	Automatyczny w pełni powtarzalny zamknięty system przeznaczony do mycia i dezynfekcji wszystkich typów zanurzalnych endoskopów giętkich – bronchofiberoskopów firmy Olympus będących w użytkowaniu Pracowni Bronchoskopowej	TAK	
3.	Pełna kompatybilność myjni z posiadanymi endoskopami wykazanymi w <u>Załączniku nr 3a do SWZ</u>	TAK	

4.	Urządzenie realizuje automatycznie : - mycie wstępne z użyciem detergentu; - mycie zasadnicze ; - dezynfekcję chemiczno - termiczną - suszenie	TAK	
5.	Możliwość stosowania środków chemicznych różnych producentów ( załączyć min. 2 zestawy środków : środek myjący- środek dezynfekujący	TAK	
6.	Możliwość jednokrotnego jak i wielokrotnego użycia płynu dezynfekującego – zamknięty system wielokrotny proces	TAK	
7.	Dezynfekcja w obiegu zamkniętym	TAK	
8.	Dozownik płynu detergentu	TAK	
9.	Zbiornik na płyn dezynfekcyjny wykonany ze stali kwasoodpornej	TAK	
10.	Czas mycia oraz dezynfekcji programowany	TAK	
11.	Możliwość indywidualnego programowania pracy urządzenia przez użytkownika	TAK	
12.	Posiada wyświetlacz wskazujący poszczególne fazy danego cyklu	TAK	
13.	Posiada możliwość podłączenia do standardowej instalacji hydraulicznej oraz sieci elektrycznej jednofazowej	TAK	
14.	Posiada dodatkowy system filtracji	TAK	
15.	Posiada 4 dysze płuczaco - myjące	TAK	
16.	Automatyczna kontrola szczelności endoskopu podczas całego procesu, urządzenie wyposażone w zintegrowany automatyczny system testowania szczelności endoskopów, automatyczne przerwanie procesu w przypadku wykrycia nieszczelności endoskopu w trakcie procesu	TAK	
17.	Zasilanie myjni wodą bieżącą z instalacji sanitarnej	TAK	
18.	Myjnia wyposażona w promiennik UV dezynfekujący doprowadzana wodę	TAK	
19.	Automatyczne wstrzymanie cyklu mycia w przypadku podniesienia pokrywy myjni oraz kontynuacja cyklu po zamknięciu pokrywy	TAK	
20.	Oferowana myjnia musi zapewni jednakowe warunki mycia powierzchni wewnętrznych i zewnętrznych endoskopów	TAK	
21.	System samodezynfekcji myjni	TAK	
22.	Max. wymiary: - szerokość 60 cm; - głębokość 60 cm; - wysokość 100 cm	TAK podać	

23.	Myjnia zapewnia odpływ wody do instalacji kanalizacyjnej na wysokość min. 60 cm ponad powierzchnią na której stoi myjnia i jednocześnie długość przewodu odpływowego to min 150 cm	TAK	
24.	Archiwizacja i dokumentacja przebiegu procesu mycia i dezynfekcji z automatycznym rozpoznawaniem endoskopów i osób (typ i nr fabryczny endoskopu, nazwisko osoby uruchamiającej proces. Urządzenie zewnętrzne lub wbudowane wewnątrz myjni zapewniające sporządzenie wydruku/ dokumentacji z przebiegu procesu mycia i dezynfekcji – wydruk w języku polskim	TAK	
<b>III.</b>	<b>INNE</b>		
1.	Dostawa do Zamawiającego wliczona w cenę oferty	TAK	
2.	Montaż i uruchomienie wliczone w cenę oferty	TAK	
3.	Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej lub elektronicznej	TAK	
4.	Paszport techniczny	TAK	
5.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie kompleksowej obsługi oferowanego urządzenia w siedzibie Zamawiającego	TAK	
6.	Oświadczamy, że oferowane – powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do użycia bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.	TAK	
7.	Firmowe materiały informacyjne producenta lub autoryzowanego dystrybutora w języku polskim potwierdzające spełnienie wymaganych parametrów oferowanego wyrobu. <i>Materiały informacyjne dołączyć do oferty (folder lub katalog lub instrukcja obsługi)</i>	TAK, dołączyć do oferty	
8.	Kserokopie posiadanych atestów dopuszczających stosowanie przedmiotu zamówienia do użycia w placówkach publicznej służby zdrowia, zgodnie z ustawą z dnia 7 kwietnia 2022r. o wyrobach medycznych (tekst jednolity: Dz.U. z 2022r. poz.974) tj. certyfikat CE lub deklarację zgodności (jeśli prawo nakłada obowiązek posiadania takich dokumentów)	TAK, dołączyć do oferty	
<b>IV.</b>	<b>WARUNKI GWARANCJI I SERWISU</b>		
1.	Okres pełnej bezpłatnej gwarancji - min 24 miesiące	Tak , podać oferowany okres gwarancji	
2.	Gwarancja liczona od dnia zamontowania i uruchomienia urządzenia	TAK	
3.	Gwarancja obejmuje wliczone w cenę przeglądy techniczne i konserwacyjne w zakresie zgodnym z wymogami producenta, w tym bezpłatny dojazd i robocizna	TAK min. 1 przegląd na 12 m-cy lub zgodnie z zaleceniami producenta podać	

4.	Sposób zgłaszania awarii przedmiotu zamówienia Zamawiający zgłasza awarię telefonicznie, faxem lub e-mailem do serwisu autoryzowanego lub wskazanego przez Wykonawcę serwisanta, potwierdzając otrzymanie zgłoszenia	TAK	
5.	Min. 10 – letni okres zagwarantowania dostępności części zamiennych oraz materiałów zużywalnych od daty dostawy zaoferowanego urządzenia	TAK	
6.	Wykonawca zapewnia pełną autoryzowaną obsługę serwisową przez uprawnioną jednostkę, w okresie obowiązywania gwarancji	Nazwa i dokładny adres z numerem tel., fax i e-mail	
7.	Czas reakcji na zgłoszenia awarii - przyjazd serwisanta do Zamawiającego max 48 h w dni robocze od momentu zgłoszenia telefonicznego, e-mailem	TAK	
8.	Miejsce wykonania naprawy w pierwszej kolejności u Zamawiającego, jeżeli nie jest to możliwe w serwisie autoryzowanym Wykonawcy	TAK	
9.	Maksymalny czas naprawy przedmiotu zamówienia – max 14 dni roboczych od zgłoszenia awarii	TAK	
10.	W okresie gwarancji w przypadku konieczności naprawy przedmiotu zamówienia w serwisie autoryzowanym Wykonawcy, koszt ewentualnego transportu do serwisu i z serwisu do Zamawiającego pokrywa Wykonawca	TAK	
11.	Przedłużenie okresu gwarancji o czas wyłączenia z eksploatacji przedmiotu zamówienia po max 14 dniach	TAK	
12.	Lokalizacja pogwarancyjnego serwisu autoryzowanego Wykonawcy ( adres, nr telefonu)	TAK Podać	

Brak opisu w kolumnie „Wartości oferowane” (podać zakresy lub opisać) będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia. Niespełnienie któregośkolwiek z parametrów, spowoduje odrzucenie oferty.

W przypadku, gdy w rubryce „Wartość wymagana” wymagana jest odpowiedź TAK lub podana wartość graniczna, to Wykonawca jest obowiązany do potwierdzenia lub podania jej w rubryce „Wartość oferowana”.

Każda inna odpowiedź zostanie uznana za niespełnienie warunku granicznego i spowoduje odrzucenie oferty;

Wykonawca powinien załączyć do oferty materiały techniczne zaoferowanych urządzeń typu lub inne materiały źródłowe producenta/ów/ potwierdzające parametry techniczne i ich wartości odnośnie przedmiotu zamówienia.

....., data .....

.....  
(formularz należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym  
lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym)