

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****APARAT DO CIĄGŁEGO LECZENIA NERKOZASTĘPCZEGO – 1 SZT.**

(nazwa urządzenia)

dla potrzeb **ODDZIAŁU ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII**

(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)
I.	WYMAGANIA OGÓLNE		
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	
II.	PARAMETRY TECHNICZNO - UŻYTKOWE		
1.	Szeroki zakres wykonywanych zabiegów filtracyjnych : SCUF, CVVH, CVVHD, CVVHDF, TPE, HP	TAK	
2.	Funkcja wykonania zabiegu hemofiltracji z równoczesną PRE i POST dylucją z wykorzystaniem antykoagulacji heparynowej i cytrynianowej	TAK	
3.	Funkcja wyboru dylucji : przed filtrem lub za filtrem	TAK	
4.	Funkcja auto-effluent – automatyczne odprowadzanie ultrafiltru bez konieczności zmiany worka ściekowego podczas zabiegu	TAK	
5.	Pompa krwi	TAK	
6.	Pompa i waga antykoagulantu cytrynianowego lub dodatkowego płynu suplementującego	TAK	

7.	Pompa i waga dializatu	TAK	
8.	Pompa i waga substytucji	TAK	
9.	Pompa i waga ściekowa	TAK	
10.	Pamięć zdarzeń co najmniej 400MB	TAK podać	
11.	Układ podgrzewający krew pacjenta, zakres temperatur 35 – 38 st.C	TAK podać	
12.	Graficzne monitorowanie wszystkich ciśnień podczas zabiegu	TAK	
13.	Funkcja wprowadzenia danych pacjenta (ID pacjenta, waga, hematokryt) ID pacjenta nie widoczne na ekranie głównym w trakcie prowadzenia zabiegu	TAK	
14.	Pomiar ciśnień: pobierania krwi, filtra, zwrotu krwi, odpływu, z filtra, spadku ciśnienia na filtrze oraz TMP	TAK	
15.	Podręczny czytnik kodów kreskowych do identyfikacji pacjenta, zestawu automatycznego odprowadzania ultrafiltratu i zestawów do terapii	TAK	
16.	Automatyczna identyfikacja punktu pracy (dostępu naczyniowego) – praca na dodatnim lub ujemnym ciśnieniu dostępu	TAK	
17.	Zacisk bezpieczeństwa na drenie powrotnym	TAK	
18.	Czujnik przecieku krwi	TAK	
19.	Czujnik obecności powietrza we krwi	TAK	
20.	Ekran dotykowy: integralny , kolorowy monitor pokazujący wszystkie istotne dane dotyczące zabiegu (zlecenie, przepływy i ciśnienia) min. 15”	TAK podać	
21.	Złącza Ethernet, USB do komunikacji z urządzeniami zewnętrznymi	TAK	
22.	Zintegrowana pompa strzykawkowa do podaży heparyny bądź wapnia wbudowana w aparat	TAK	
23.	Uniwersalny zestaw dla dorosłych umożliwiający wykonanie wszystkich rodzajów terapii CRRT przy antykoagulacji cytrynianowej i heparynowej, objętość krwi w drenach i filtry max 200 ml	TAK podać	
24.	Dostępność pediatrycznych zestawów do zabiegów nerkozastępczych o wypełnieniu max 70 ml	TAK podać	
25.	Zabezpieczenie przed zakłócaniem przez aparat sygnału EKG	TAK	
26.	Możliwość zastosowania terapii umożliwiającej eliminację endotoksyn i cytokin równocześnie Za pomocą jednego zestawu	TAK	
27.	Komorza odpowietrzania z czujnikiem poziomu płynu, który automatycznie utrzymuje wysokość płynu w komorze	TAK	
28.	Taca ociekowa wbudowana w jezdnię podstawę wraz z detektorem przecieku	TAK	
29.	Urządzenie wyposażone w 4 kółka z niezależną blokadą	TAK	

30.	Zestawy do terapii CRRT oraz do TPE połączone fabrycznie z filtrem i drenami, bez konieczności montażu poszczególnych elementów z workiem ściekowym w zestawie	TAK	
31.	Kompensacja usuwania płynu z ciała pacjenta do osiągnięcia zaleczonego poziomu w celu zrekompensowania przerw w leczeniu	TAK	
III.	INNE		
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	
IV.	WARUNKI GWARANCJI I SERWIS		
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 traktowana 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)