

Nazwa/firma:

Adres:

Powiat Tarnobrzeski
ul. 1 Maja 4
39-400 Tarnobrzeg

Zakup sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Nowej Dębie

FORMULARZ PARAMETRÓW TECHNICZNO – UŻYTKOWYCH

LAMPY ZABIEGOWE – 1 SZT.

(nazwa urządzenia)

dla potrzeb **PORADNI SPECJALISTYCZNEJ – CHIRURGICZNEJ I URAZOWO - ORTOPEDYCZNEJ**

(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 rekondukcjonowanym i nie było wcześniej użytkowane przez innego użytkownika. Nie dopuszcza się urządzeń wystawowych	TAK	
II.	PARAMETRY TECHNICZNO - UŻYTKOWE		
1.	Lampa zabiegowa na statywie jezdny – statyw z 4 kołami (2 koła z hamulcem)	TAK	
2.	Regulacja położenia lampy możliwa dzięki uchwytowi przy kopule zapewniającemu dokładne pozycjonowanie lampy	TAK	
3.	Okrągły kształt lampy zapewniający dokładne oświetlenie pola zabiegowego i bezcieniowość	TAK	
4.	Średnica kopuły do 30 cm.	TAK	
5.	Kopuła wyposażona w wymienny sterylizowany uchwyt (min. 2 uchwyty w komplecie)	TAK	
6.	Ramię poruszające się w pionie dzięki sprężynowemu systemowi równoważącemu	TAK	

7.	Możliwość obrotu kopuły względem osi pionowej i poziomej	TAK	
8.	Ilość źródeł światła - 18 (tylko białe diody LED)	TAK	
9.	Zastosowanie techniki diodowej eliminujące nagrzewanie się lampy	TAK	
10.	Natężenie oświetlenia w odległości 1 m: 60.000 lux	TAK	
11.	Wgłębność oświetlenie L1+L2: 130 cm	TAK	
12.	Współczynnik odwzorowania barw Ra 96	TAK	
13.	Temperatura barwowa: 4.400 K	TAK	
14.	Regulacja natężenia oświetlenia realizowana bezdotykowo w min. w trzech krokach lub przez uchwyt sterylne	TAK	
15.	Pobór mocy – 20 W	TAK	
16.	Żywotność źródła światła min 40.000 godz.	TAK	
17.	Klasa zabezpieczenia przed porażeniem elektrycznym: I	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 SERWISU		

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)