***Załącznik Nr 2 do SWZ. Część 5***

***(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 |
| Część 5 | | |
| 1 | Wytrząsarka do cytostatyków | 1 szt. |

1. Przedmiot umowy jest fabrycznie nowy, gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.
2. Wykonawca ***dostarczy i zamontuje*** przedmiot umowy w siedzibie Zamawiającego, ***w miejscu przez niego wskazanym***, własnym transportem, na swój koszt i ryzyko wraz z dokumentacją w języku polskim, instrukcją obsługi, warunkami gwarancji i kartą gwarancyjną.
3. 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. Nie wykonanie 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 do 1 dnia od momentu jej 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. Skuteczna naprawa zostanie dokonana w ciągu 3 kolejnych dni roboczych. 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 przedmiotu zamówienia nie powinien budzić żadnej wątpliwości Zamawiającego. Z opisu powinno wynikać, że oferowany przedmiot zamówienia jest o takich samych parametrach, jakich 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.
6. **Prezentacja oferowanego urządzenia:**

* na etapie oceny ofert, Wykonawca musi dokonać prezentacji urządzenia, zgodnie z wytycznymi:

1. wytrząśnięcie 3 fiolek zawierających 1 g cyclophosphamidu i 50 ml wody,
2. fiolki zapewnia Zamawiający,
3. rozpuszczenie leku musi nastąpić w ciągu 15 minut wytrząsania,
4. prezentacja odbywa się w siedzibie Zamawiającego.

***Faktura dostarczona w dniu realizacji zamówienia.***

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Część 5** | | | | | |
| **Wytrząsarka do cytostatyków**  **model / typ: ……………………………**  **producent: ……………………………** | | | | | |
| **Rok produkcji: ………………………** | | | | | |
| ***Lp.*** | ***Parametr*** | ***Parametry wymagane*** | ***Opis parametrów oferowanych\**** | ***Ocena punktowa*** | ***Określenie punktacji*** |
| 1. **Wymogi formalne** | | | | | |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, wyprodukowane nie wcześniej niż w 2024 roku | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Proces rozpuszczenia 1g leku (na przykładzie cyclophosphamidu) w 50 ml wody, może trwać max. 15 minut | Tak (podać) |  |  | Czas rozpuszczania = 15 minut – 0 pkt.  Czas rozpuszczania 12-14 minut – 20 pkt.  Czas rozpuszczania < 12 minut – 40 pkt. |
| 1. **Wymogi podstawowe** | | | | | |
|  | Urządzenie służące do wytrząsania fiolek z lekami w czasie rekonstytucji leku | Tak (opisać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Urządzenie realizuje min. jeden z poniższych ruchów, jakim poddawana jest fiolka:   * ruchy góra-dół (północ-południe) * lub ruchy wychyleniowe, w kierunku prawo-lewo, w odniesieniu do osi pionowej o kąt min. 25° | Tak (opisać) |  |  | Jeden rodzaj ruchu (góra-dół lub wychyleniowy) – 0 pkt.  Dwa rodzaje ruchów (góra-dół i wychyleniowy) – 40 pkt. |
|  | Liczba gniazd do umieszczania fiolek: min. 5 | Tak (podać) |  |  | Liczba gniazd = 5 – 0 pkt.  Liczba gniazd > 5 – 20 pkt. |
|  | Obsługiwane średnice fiolek:   * w zakresie min. 40 – 55 mm, | Tak (podać) |  |  | Obsługa fiolek o śr. 40-55 mm – 0 pkt.  Obsługa fiolek o śr. 20-55 mm – 20 pkt. |
|  | Obsługa fiolek o wysokości min. 100mm | Tak (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Obsługa fiolek o masie do 200g każda. | Tak (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Każde gniazdo musi posiadać odpowiednie zabezpieczenie fiolki przed wypadnięciem podczas wytrząsania, fiolka nie może się swobodnie przemieszczać w urządzeniu w czasie wytrząsania | Tak (opisać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Ustawianie czasy pracy w momencie uruchamiania | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Skok regulacji czasu: max. 1 minuta | Tak (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość nastawienia czasu pracy w zakresie min. do 30 minut lub dłuższy | Tak (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Szybkość ruchów wytrząsania: min. 350/minutę, z możliwością regulacji | Tak (opisać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Urządzenie musi być stabilne, nie może przemieszczać się w trakcie pracy | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Powierzchnia zajmowana przez urządzenie [długość x szerokość]: max. 30 x 48 cm  (wymiar nie obejmuje zasilaczy i programatora, jeśli występują osobno) | Tak (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Masa całkowita urządzenia: max. 7 kg | Tak (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Obudowa urządzenia musi być wykonana z materiałów odpornych na środki dezynfekujące oparte na alkoholach – załączyć listę środków, które można stosować | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Zasilanie 230V/ 50Hz | Tak |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Wyposażenie** | | | | | |
|  | Urządzenie wyposażone w programator | Tak |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Inne wymagania** | | | | | |
|  | Przed dokonaniem odbioru Wykonawca dostarczy dla Zamawiającego, do zapoznania się, protokoły z wykonanych badań, potwierdzających sprawność i prawidłowe działanie urządzenia. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Okres gwarancji 60 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 |
|  | 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 |
|  | 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)*