**Załącznik nr 1.8 do SIWZ**

**System do hydorchirurgicznego oczyszczania ran oraz urządzenie do podciśnieniowej terapii leczenia ran**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Parametr wymagany graniczny | Potwierdzenie | Parametr oferowany |
| 1. | **Warunki wstępne** |  |  |
| 1.1 | Urządzenia fabrycznie nowe, nierekondycjonowane, niepowystawowe, i nieużywane. | Tak |  |
| 1.2 | Drukowana instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona wraz z urządzeniem (nie dopuszcza się instrukcji obsługi tylko w wersji elektronicznej, może być jako dodatkowa opcja). | Tak |  |
| 1.3 | Foldery aparatów/urządzeń, dołączone do oferty, w języku polskim lub w języku obcym z dołączonym tłumaczeniem treści folderu | Tak |  |
| 1.4 | Kserokopia certyfikatu CE. | Tak |  |
| 1.5 | Producent/Oferent | Podać |  |
| 1.6 | Rok produkcji: 2020 | Tak |  |
|  |  |  |  |
| 2 | **System do hydorchirurgicznego oczyszczania ran – 1 szt.** | | |
| 2.1 | Producent/Oferent | Podać |  |
| 2.2 | Model/Typ (pełna symbolika) | Podać |  |
| 2.3 | Urządzenie do usuwania/cięcia z jednoczesnym odsysaniem tkanki w celu opracowania ran połączonego z pulsacyjnym, płukaniem, do cięcia tkanek takich jak: skóra, mięśnie, chrząstki | Tak |  |
| 2.4 | Możliwość podłączenia pompy indukcyjnej z końcówką przepływową cieczy i zespołem drenów doprowadzająco-odprowadzających | Tak |  |
| 2.5 | Możliwość sterowania przepływem cieczy przez pompę | Tak |  |
| 2.6 | Włącznik nożny sterująco-uruchamiający | Tak |  |
| 2.7 | Regulacja przepływu pompy poprzez płynną wielostopniową regulację umieszczoną na panelu czołowym urządzenia w obu kierunkach | Tak |  |
| 2.8 | Układ przedniego panelu: podświetlany wyświetlacz zasilania, gniazdo przełącznika nożnego, wyświetlacz mocy, wskaźnik podłączenia przełącznika nożnego (dioda), wskaźnik awarii systemu (dioda) | Tak |  |
| 2.9 | Konsola - waga max 12kg | Tak |  |
| 2.10 | 15 sztuk jednorazowych końcówek tnących | Tak |  |
|  |  |  |  |
| 3 | **Urządzenie do podciśnieniowej terapii leczenia ran – 2 szt.** | | |
| 3.1 | Producent/Oferent | Podać |  |
| 3.2 | Model/Typ (pełna symbolika) | Podać |  |
| 3.3 | Zestaw do podciśnieniowej terapii typu NPWT-Negative Pressure Wound Therapy stosowanej do wspomagania leczenia ran przewlekłych, zwłaszcza zakażonych oraz z możliwością wykorzystania w chirurgii i ortopedii. Urządzenie w klasie IIb. | Tak |  |
| 3.4 | **Pompa podciśnieniowa :** | Tak |  |
| 3.5 | Typ: przenośna | Tak |  |
| 3.6 | Zasilanie 230V, 50 Hz | Tak |  |
| 3.7 | Wbudowany akumulator do zasilania awaryjnego na min. 36 godziny pracy | Tak |  |
| 3.8 | Wartość podciśnienia regulowana w zakresie od 40mmHg do 200 mmHg | Tak |  |
| 3.9 | Tryb ciągły pracy z utrzymaniem zadanego poziomu podciśnienia | Tak |  |
| 3.10 | Tryb przerywany pracy:  • faza ssania  • przerwa w ssaniu | Tak |  |
| 3.11 | Panel regulacyjny oraz systemy alarmowe:  • alarm niskiego ciśnienia  • alarm wysokiego ciśnienia  • alarm rozładowania akumulatora  • nieszczelność  • zator/pełny kanister  • możliwość zablokowania klawiatury – zabezpieczenie przed przypadkowymi zmianami parametrów | Tak |  |
| 3.12 | Wyposażenie:  - zbiornik wymienny na wydzielinę o pojemności 250 ml  - zbiornik wymienny na wydzielinę o pojemności 800 ml  Komplet zestawów opatrunkowych (gaza nasycona PHMB) : bardzo duże – 2 szt., duże – 2 szt. , średnie – 2 szt. , małe – 2 szt.  Zestawy opatrunkowe piankowe (pianka poliuretanowa): bardzo duże – 2 szt., duże – 2 szt., średnie – 2 szt., małe – 2 szt.  Zestaw Abdominal – 2 szt.  Trójnik do ran mnogich – 2 szt.  Folia do zabezpieczenia opatrunku na ranie 20x30 cm – 10 szt. | Tak |  |
|  |  |  |  |
| 1.8 | **Inne istotne informacje** |  |  |
| 1.9 | Dostawa/montaż/uruchomienie | Tak |  |
| 1.10 | Aparaty/urządzenia dostarczone wraz z założonym Paszportem Technicznym:  - z wypełnioną w pełni metryką  - wpisem o przeprowadzonym uruchomieniu/instalacji przez autoryzowany serwis lub autoryzowanego dostawcę  - datą następnego przeglądu | Tak |  |
| 1.11 | Dokumenty wymagane przy realizacji zamówienia:  - Protokół zdawczo-odbiorczy  - Lista przeszkolonego personelu | Tak |  |
| 1.12 | **Warunki gwarancji i serwis** |  |  |
| 1.13 | Gwarancyjna obsługa serwisowa urządzenia w okresie (miesiące):  **24 – 0 pkt.**  **36 – 20 pkt.**  **48 – 40 pkt.** | TAK, podać |  |
| 1.14 | Przedmiot gwarancji: wszystkie elementy składowe aparatu/urządzenia. | Tak |  |
| 1.15 | Gwarancja obejmuje także:  - przeglądy w okresie gwarancji (jeśli wymagane)  - wymiany/naprawy uszkodzonych części  - dojazdy/przejazdy pracowników serwisu  - koszty wysyłki, pakowania, ubezpieczenia przesyłki  - robociznę  - wszystkie pozostałe koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancyjnych | Tak |  |
| 1.16 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski.  Podać: dokładny adres, telefon, faks, e-mail, adres internetowy (WWW) | Tak |  |
| 1.17 | W okresie gwarancji przyjmowanie zgłoszeń o usterkach w formie telefonicznej, faksem lub pocztą elektroniczną (e-mail) oraz dokonanie koniecznych napraw, doprowadzających przedmiot umowy do pełnej sprawności – w terminie do 5 dni od chwili jej zgłoszenia. | Tak |  |
| 1.18 | Liczba napraw tego samego podzespołu powodująca wymianę na nowy (z wyjątkiem uszkodzeń z winy użytkownika) – 3 | Tak |  |
| 1.19 | **Szkolenia** |  |  |
| 1.20 | Szkolenie personelu wskazanego przez Zamawiającego w zakresie obsługi aparatu, bezpieczeństwa jego użytkowania potwierdzone pisemnym protokołem . | Tak |  |

1. Wymogiem jest, aby Wykonawca zaoferował urządzenie, o parametrach CO NAJMNIEJ takich, jakie są przedstawione w rubryce „Parametr wymagany graniczny”. Niespełnienie tego warunku spowoduje odrzucenie oferty.
2. W przypadku parametru ocenianego, nie będącego parametrem granicznym – gdy odpowiedź może brzmieć TAK lub NIE, Wykonawca winien udzielić odpowiedzi z podaniem wymaganych informacji. W tych przypadkach za odpowiedzi „NIE” Zamawiający przyzna 0 pkt., a za odpowiedź „TAK” punkty w wysokości określonej w rubryce.

**Zaoferowane powyżej parametry wymagane muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty materiałach informacyjnych producenta. Brak potwierdzenia któregokolwiek z parametrów spowoduje odrzucenie oferty.**

**W przypadku pojedynczych parametrów, nie występujących w materiałach firmowych, Zamawiający dopuszcza oświadczenie producenta. Zamawiający zastrzega sobie prawo weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta sprzętu.**

**W przypadku braku potwierdzenia wartości/cechy oferowanej danego parametru podlegającego ocenie, zamawiający nie przyzna punktów za ten parametr.**

.......................................................................

*(miejscowość, data)*

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

pieczątki i podpisy upoważnionych przedstawicieli Wykonawcy-

zgodnie z wyciągiem z rejestru handlowego lub zaśw.

o wpisie do ewid. gosp., albo umowy spółki