##### ..............................................................

##### Pieczęć firmowa Wykonawcy/ów

#### I. SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA – Zadanie nr 1

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa i uruchomienie **sprzętu endoskopowego  
    – 1 kpl.,** zwanego dalej „Sprzętem”, dla potrzeb Beskidzkiego Centrum Onkologii – Szpitala Miejskiego im. Jana Pawła II w Bielsku – Białej, Oddział Gastroenterologii   
   z pododdziałem chorób wewnętrznych / Pracownia Endoskopii Przewodu Pokarmowego   
   w Szpitalu przy ul. Wyspiańskiego 21.
2. Wymogi medyczne i warunki techniczne przedmiotu zamówienia Zamawiający podał poniżej w niniejszym załączniku do siwz.
3. Przedmiot zamówienia obejmuje w szczególności:
4. Dostawę, montaż i uruchomienie Sprzętu w miejscu dostawy.
5. Udzielenie gwarancji, jakości dla przedmiotu zamówienia na okres nie krótszy niż 3 lata   
   (36 miesięcy) oraz rękojmi za wady na okres równy okresowi udzielonej gwarancji.
6. W cenie oferty zapewnienie serwisu i obowiązkowych przeglądów przez cały okres gwarancji i rękojmi.
7. Dostarczenie instrukcji obsługi (w języku polskim) oraz przeprowadzenie, w cenie oferty, szkolenia (w języku polskim) minimum 3 pracowników użytkownika   
   w zakresie obsługi i eksploatacji dostarczonego Sprzętu, w miejscu dostawy.
8. Dostawa przedmiotu zamówienia będzie się odbywać na koszt i ryzyko Wykonawcy.

1. Sprzęt należy dostarczyć, zmontować i uruchomić w terminie wymaganym: 13.12.2019 r.
2. Oferowany Sprzęt musi być oznakowany znakiem CE i posiadać ważną deklarację zgodności CE.
3. Sprzęt ma być fabrycznie nowy. Zamawiający nie dopuszcza zakupu Sprzętu używanego tzw. demonstracyjnego /z wystaw, pokazów, itp. /, rok produkcji Sprzętu nie starszy niż 2019 r.

#### II. OPIS TECHNICZNY – WARUNKI GRANICZNE OFEROWANEGO

#### SPRZĘTU ENDOSKOPOWEGO – 1 kpl.

1. Nazwa producenta:

……………………………………………………………………………………………………….

1. Nazwa i typ Sprzętu:………………………………………………………………………….
   * 1. Kraj pochodzenia: ………………………………………………………………………………..
     2. Rok produkcji: ……………………………

#### ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH SPRZĘTU ENDOSKOPOWEGO – 1 kpl.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **OPIS PARAMETRU / WARUNKU** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany/ podać** |
| **I.** | WYMAGANIA PODSTAWOWE: |  |  |
| 1 | Pełna kompatybilność oferowanego sprzętu z zestawem do wideoendoskopii posiadanym przez pracownię:   * procesorem I źródłem światła typu: CV-180 i CLV-180 | TAK |  |
| 2 | Średnica kanału roboczego – : 2,8 mm | TAK |  |
| 3 | Średnica zewnętrzna sondy endoskopowej max: 10,0 mm | TAK |  |
| 4 | Średnica zewnętrzna końcówki dystalnej: 10,0 mm | TAK |  |
| 5 | Przetwornik „CCD - Kolor” | TAK |  |
| 6 | Kąt obserwacji: min. 140° | TAK |  |
| 7 | Głębia ostrości.: min. 2 - 100 mm | TAK |  |
| 8 | Kąt zagięcia końcówki endoskopu :  a) w górę: 210  0  b) w dół: 90 0  c) w prawo/lewo: 100 0/100 0 | TAK |  |
| 9 | Funkcja identyfikacji endoskopu przez procesor | TAK |  |
| 10 | Wbudowany mikrochip informacyjny zawierający:   * informację o typie i nr seryjnym wideoendoskopu oraz jego średnicy zewnętrznej i średnicy kanału roboczego   - schemat kierunku wyjścia narzędzia endoskopowego | TAK |  |
| 11 | Programowalne przyciski endoskopowe min 4 . Możliwość przypisania funkcji procesora na dowolny przycisk sterujący endoskopu tj. min. zamrożenia obrazu , przysłony irysowej , wyostrzenia obrazu , wyboru wielkości obrazu , sterowanie pompą wodną | TAK |  |
| 12 | Długość robocza: min. 1000 mm | TAK |  |
| 13 | Tester szczelności z automatyczną pompą powietrza. | TAK |  |
| **II.** | **WYMAGANIA DODATKOWE:** | | |
| 1 | Rok produkcji 2019. | TAK |  |
| 2 | Oświadczenie (wraz z kopią deklaracji zgodności CE) potwierdzające, że oferowany wyrób oznakowany jest znakiem CE i posiada ważną deklarację zgodności CE | TAK |  |
| 3 | Instrukcja obsługi w języku polskim – 2 egz. w wersji papierowej, 1 egz. w wersji elektronicznej – **załączyć przy** **dostawie urządzenia.** | TAK |  |
| 4 | Udzielenie gwarancji jakości dla przedmiotu zamówienia na okres nie krótszy niż **36 miesięcy** oraz rękojmi za wady na okres równy okresowi udzielonej gwarancji. | TAK |  |
| 5 | Serwis gwarancyjny przez okres minimum 36 miesięcy, obejmujący:  Wykonywanie przeglądy okresowe, (co 6 miesięcy) oraz napraw w pełnym zakresie (np. przygryzienie końcówki sondy, zalanie endoskopu itp.) przy użyciu oryginalnych podzespołów i części zamiennych zgodnie ze standardem producenta aparatury. | TAK |  |
| 6 | Autoryzowany serwis gwarancyjny osobiście lub przez podmiot określony w art. 90 (Rozdział 11 – używanie i utrzymywanie wyrobów) ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych ( Dz. Ust. 2019 poz. 175 z późn zm.), w okresie udzielonej Zamawiającemu gwarancji i rękojmi za wady na okres równy okresowi udzielonej gwarancji. | TAK |  |
| 7 | Siedziba autoryzowanego serwisu - dokładny adres i nr telefonu, adres e-mail. | TAK |  |
| 8 | Serwis pogwarancyjny przez okres, co najmniej 8 lat. |  |  |
| 9 | Czas reakcji serwisu do **72 godzin** w dni robocze od momentu zgłoszenia wady (awarii) rozumiany jako podjęcie działań naprawczych. | TAK |  |
| 10 | Maksymalny czas usunięcia awarii w ramach gwarancji nie może przekroczyć **5 dni** roboczych. | TAK |  |
| 11 | Na czas naprawy dłuższej niż 5 dni roboczych oferent dostarczy  w ciągu max**. 72 godzin** w dni robocze urządzenie zastępcze. | TAK |  |
| 12 | Gwarancja dostępności części zamiennych, materiałów eksploatacyjnych – minimum 8 lat od daty dostarczenia Sprzętu. | TAK |  |
| 13 | W okresie gwarancji 3 naprawy gwarancyjne tego samego typu (techniczne lub wynikające z wad ukrytych) powodują wymianę Sprzętu lub elementów na nowe. | TAK |  |
| 14 | Przeszkolenie personelu w zakresie poprawnej i bezpiecznej eksploatacji Sprzętu (minimum 3 pracowników) – potwierdzone certyfikatem. | TAK |  |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

Na wezwanie Zamawiającego, w przypadku kiedy oferowany przedmiot zamówienia będzie budził wątpliwości co do wymagań stawianych przez Zamawiającego w SIWZ Wykonawca przedstawi dokumentację (oficjalne dokumenty firmowe, dane techniczne) potwierdzające wartości podane w kolumnie „Parametr oferowany”. Pod rygorem odrzucenia oferty należy wskazać dokument i numer strony potwierdzający podaną wartość.

Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie „Parametr oferowany” będzie traktowane, jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia   
i będzie podstawą odrzucenia oferty.

Oświadczam, że oferowane urządzenie (Sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte   
w SIWZ, jest fabryczne nowe, kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

miejscowość i data pieczątka i podpis osoby uprawnionej