Nr postępowania: A-OZPI.272.2.5.2024.JM3 Załącznik nr 5 do SWZ

|  |
| --- |
| **Uwaga!**  **Niniejszy dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym** |

**Zamawiający:**

Powiat Jarociński

Al. Niepodległości 10

63-200 Jarocin

**Wykonawca:**

……………………………………………………………………………………………………………

(należy uzupełnić o pełną nazwę/firmę, siedzibę, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

……………………………………………………………………………………………………………

(należy uzupełnić o imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

Postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego prowadzone w trybie przetargu nieograniczonego

na podstawie ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2023 r., poz. 1605 ze zm.)

na dostawę pn.:

„Zapewnienie wysokiej jakości usług świadczonych w Szpitalu Powiatowym w Jarocinie Sp. z o.o.”

Część III – Dostawa pozostałego sprzętu medycznego i wyposażenia

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA WRAZ Z WYMAGANYMI PARAMETRAMI – INKUBATOR UMOŻLIWIAJĄCY PROWADZENIE FOTOTERAPII**

INKUBATOR UMOŻLIWIAJĄCY PROWADZENIE FOTOTERAPII (dalej zwany inkubatorem) – **4 szt.**

Niespełnienie co najmniej jednego z postawionych poniżej wymagań co do ich wartości minimalnych spowoduje odrzucenie oferty.

Wykonawca zobowiązany jest wypełnić wszystkie wymagane wiersze i kolumny w poniższej tabeli.

**Pełna nazwa i typ inkubatora**: ............................................ *(uzupełnia Wykonawca)*

**Nazwa producenta inkubatora**: ............................................ *(uzupełnia Wykonawca)*

**Kraj pochodzenia inkubatora:** *............................................ (uzupełnia Wykonawca)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość**  **w szt.** | **Cena jednostkowa**  **netto** | **VAT**  **w %** | **Cena jednostkowa**  **brutto** | **Wartość**  **netto** | **Wartość**  **brutto** |
| **Inkubator** | 4 szt. | *uzupełnia*  *Wykonawca* | *uzupełnia*  *Wykonawca* | *uzupełnia*  *Wykonawca* | *uzupełnia*  *Wykonawca* | *uzupełnia*  *Wykonawca* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Wartość wymaganego parametru przez Zamawiającego** | **Wartość parametru oferowanego**  **– podać, opisać**  *(uzupełnia Wykonawca)* |
| **PARAMETRY OGÓLNE** | | | |
| 1. | Inkubator fabrycznie nowy, nie demonstracyjny,  nie powystawowy, rok produkcji 2024 | TAK |  |
| 2. | Inkubator zamknięty noworodkowy przeznaczony do użytku  na dowolnym oddziale niemowlęcym i neonatologicznym,  w tym na wszystkich poziomach OITN, oddziale noworodkowym oraz pediatrycznym | TAK |  |
| 3. | Zasilanie sieciowe zgodne z warunkami obowiązującymi  w Polsce | TAK |  |
| **KOPUŁA INKUBATORA** | | | |
| 1. | Wygodny dostęp do wnętrza z 4 stron | TAK |  |
| 2. | Odchylana przednia i tylna ścianka | TAK |  |
| 3. | 6 drzwiczek dostępowych z cichym zamkiem umieszczonych z 4 stron inkubatora | TAK |  |
| 4. | Wymiary materacyka: szerokość przynajmniej 34 cm, długość przynajmniej 70 cm | TAK  (podać wymiary materacyka) |  |
| 5. | Otwory – uszczelnione przepusty w wyjmowanymi uszczelkami do wprowadzania rur respiratora, cewników i przewodów monitorowania, przynajmniej 10 niezależnych otworów z uszczelkami | TAK |  |
| 6. | Podwójne ścianki | TAK |  |
| 7. | Poziom głośności w przedziale pacjenta <48 dB | TAK |  |
| 8. | Przystosowany do zdjęć rentgenowskich – kaseta rtg wkładana do szuflady pod materacykiem bez konieczności przemieszczania dziecka, szuflada wyposażona w podziałkę ułatwiającą pozycjonowanie kasety | TAK |  |
| 9. | Materacyk wysuwany poza obrys kopuły inkubatora | TAK |  |
| 10. | Płynna regulacja nachylenia materacyka przynajmniej +/- 120 | TAK |  |
| 11. | Nachylenie materacyka realizowane poza przedziałem pacjenta, pokrętła regulacji nachylenia materacyka po bokach inkubatora | TAK |  |
| 12. | Automatyczna kurtyna powietrzna | TAK |  |
| **PODSTAWA** | | | |
| 1. | Na kółkach wyposażonych w hamulce | TAK |  |
| 2. | Wygodne uchwyty do przemieszczania inkubatora | TAK |  |
| 3. | Wyposażona w szafkę na akcesoria o pojemności min. 70 litrów bez regulacji wysokości samego inkubatora | TAK |  |
| **REGULACJA TEMPERATURY** | | | |
| 1. | Automatyczne utrzymywanie zadanej temperatury powietrza | TAK |  |
| 2. | Automatyczne utrzymywanie zadanej temperatury skóry dziecka | TAK |  |
| 3. | Zakres regulacji temperatury powietrza min. 200-390C | TAK  (podać zakres regulacji temperatury powietrza) |  |
| 4. | Automatyczne utrzymywanie zadanej temperatury skóry dziecka min. 340-380C | TAK  (podać zakres temperatury) |  |
| 5. | Zabezpieczenie przez przypadkowym nastawieniem temperatury powietrza i skóry >37° | TAK |  |
| 6. | Możliwość jednoczesnego pomiaru dwóch temperatur skóry | TAK |  |
| 7. | Jednoczesne wyświetlanie obydwu zmierzonych temperatur pacjenta | TAK |  |
| 8. | W komplecie 1 wielorazowy czujnik temperatury skóry,  10 jednorazowych czujników temperatury skóry i 100 plasterków odblaskowych z hydrożelem do mocowania czujnika | TAK |  |
| **NAWILŻANIE POWIETRZA** | | | |
| 1. | Bezpieczny nawilżacz – zbiornik demontowany bez użycia narzędzi, w celu sterylizacji | TAK |  |
| 2. | Automatyczne utrzymywanie zadanej wilgotności powietrza,  w zakresie min. 30-95% programowane co 1% | TAK  (podać zakres) |  |
| 3. | Świetlny i dźwiękowy alarm braku wody | TAK |  |
| **TLENOTERAPIA** | | | |
| 1. | Inkubator wyposażony w serwosystem sterowania stężeniem tlenu pod kopułą | TAK |  |
| 2. | Programowanie stężenia tlenu pod kopułą w zakresie min.  21-65% programowane co 1% | TAK  (podać zakres) |  |
| 3. | Świetlny i dźwiękowy alarm niskiego i wysokiego stężenia | TAK |  |
| 4. | Kalibracja czujnika tlenu w 21% | TAK |  |
| **WBUDOWANA WAGA** | | | |
| 1. | Pomiar masy ciała pacjentów w zakresie min od 300 do 7000 g | TAK  (podać zakres) |  |
| 2. | Rozdzielczość wyświetlania masy ciała – min.10 g | TAK |  |
| **UKŁADY ALARMOWE** | | | |
| 1. | Sygnalizacja świetlna pozwalająca łatwo odróżnić alarmujący inkubator z większej odległości | TAK |  |
| 2. | Jednoznaczna informacja o przyczynie alarmu | TAK  (podać sposób realizacji) |  |
| 3. | Komunikaty tekstowe po polsku opisujące przyczynę alarmu | TAK |  |
| 4. | Świetlny i dźwiękowy alarm wzrostu i spadku temperatury powietrza i skóry | TAK |  |
| 5. | Alarmy techniczne sygnalizujące uszkodzenie lub odłączenie | TAK |  |
| **WYPOSAŻENIE** | | | |
| 1. | Wieszak na giętkim ramieniu do mocowania rur respiratora/CPAP wewnątrz inkubatora przymocowany do tacy materacyka – podczas wysuwania materacyka wyjeżdża razem z nim | TAK |  |
| 2. | Pokrowiec na inkubator przystosowany do prowadzenia fototerapii | TAK |  |
| 3. | Szafka w podstawie wyposażona w drzwiczki dwuskrzydłowe | TAK |  |
| 4. | Drzwiczki szafki z cichym zamykaniem | TAK |  |
| 5. | Drzwiczki szafki z systemem otwierania stopą | TAK |  |