|  |
| --- |
| **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |
| **Dostawa, instalacja i uruchomienie automatycznego wstrzykiwacza CO2** |

Uwagi i objaśnienia:

* Parametry określone jako „tak” są parametrami granicznymi. Udzielenie odpowiedzi „nie” lub innej nie stanowiącej jednoznacznego potwierdzenia spełniania warunku będzie skutkowało odrzuceniem oferty.
* Parametry o określonych warunkach liczbowych ( „=>” lub „<=” ) są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
* Wartość podana przy w/w oznaczeniach oznacza wartość wymaganą.
* Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.
* Wykonawca gwarantuje niniejszym, że sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji: 2024), nieużywany, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów. Aparat ani jego część składowa, wyposażenie, nie jest sprzętem rekondycjonowanym, powystawowym i nie był wykorzystywany wcześniej przez innego użytkownika.
* W przypadku punktacji proporcjonalnej ocena jest przeprowadzana w sposób następujący: oferta zawierająca najkorzystniejszą wartość otrzymuje maksymalną liczę punktów, wszystkie pozostałe proporcjonalnie mniej w stosunku do najkorzystniejszej wartości.
* Brak potwierdzenia w materiałach firmowych zakresu większego niż wymagany, pomimo jego wskazania w kolumnie „Parametr oferowany", spowoduje nie przyznanie punktów za ten parametr.
* **W kolumnie „Lokalizacja potwierdzenia [str. oferty]” należy wypełnić miejsca wskazane przez Zamawiającego (lokalizacja potwierdzenia spełnienia oferowanego parametru w złożonych materiałach firmowych)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa i typ: | …………………………………………………… |
| Producent: | …………………………………………………… |
| Kraj produkcji: | …………………………………………………… |
| Rok produkcji 2024: | ……………………………………………………. |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRU** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMERT OFEROWANY****należy uzupełnić/podać** | **Lokalizacja potwierdzenia [str. oferty –należy podać]** | **OCENA PKT** |
|  | Automatyczny wstrzykiwacz środka cieniującego w postaci CO2, wykorzystywanego w angiografii. | tak |  |  | - - - |
|  | Cyfrowe ustawianie objętości i ciśnienia CO2 | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Zakres objętości podawanego CO2: min. 10 – 80 ml (z dokładnością do 1ml) | tak, podać |  |  | największa wartość – 2 pkt, wymagane – 0 pkt, inne proporcjonalnie mniej, względem największej wartości |
|  | Zakres ciśnienia podawanego CO2: min. 50 – 750 mmHg (z dokładnością do 1mmHg) | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Ilość CO2 znajdującego się w butli: min. 1,5 kg | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Czas przeładowania wstrzykiwacza do kolejnego wstrzyknięcia: maks. 25 s | tak, podać |  |  | najkrótszy czas – 2 pkt, wymagane – 0 pkt, inne proporcjonalnie mniej, względem najlepszego czasu |
|  | Automatyczne przemywanie jednorazowego wężyka CO2 po wymianie | tak |  |  | - - - |
|  | Możliwość korzystania ze zdefiniowanych protokołów wstrzykiwania oraz wprowadzenie i zapisanie własnych parametrów dla różnych typów badań. | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Obsługa urządzenia przy pomocy wbudowanego kolorowego panelu dotykowego. | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Możliwość uruchomienia procedury przy pomocy:- ekranu dotykowego- bezprzewodowego pilota- synchronizacji z aparatem do angiografii | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Automatyczne przeładowanie systemu do powtórnego wstrzyknięcia. | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Możliwość synchronizacji wstrzykiwacza z aparatem posiadanym przez Użytkownika do angiografii (podać modele) | podać |  |  | tak – 5 pktnie – 0 pkt |
|  | Praca możliwa przy wykorzystaniu dedykowanych, jednorazowych i jałowych zestawów. | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Zestaw startowy dla min. 5 pacjentów składający się z:- jednorazowego wężyka z PCV o medycznej jakości. Długość 250cm, średnica zewnętrzna 4,1mm, średnica wewnętrzna 2,8mm. Wyposażonego w filtr antybakteryjny o porach 0,2 um oraz męskie złącze luer-lock z wbudowanym zaworem zwrotnym- zaworu dwukierunkowego umożliwiającego jednoczesne podłączenie CO2 oraz roztworu NaCl lub klasycznego kontrastu opartego na jodzie | tak |  |  | - - - |

|  |
| --- |
| **WARUNKI GWARANCJI I SERWISU** |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRU** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMERT OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | **GWARANCJE** |  |  |  |
|  | Okres pełnej, bez wyłączeń gwarancji dla wszystkich zaoferowanych elementów (min. 24 miesięcy)UWAGA – należy podać pełną liczbę miesięcy. Wartości ułamkowe będą przy ocenie zaokrąglane w dół – do pełnych miesięcy. Zamawiający zastrzega, że okres rękojmi musi być równy okresowi gwarancji. Zamawiający zastrzega, że górną granicą punktacji gwarancji będzie 5 lat | >= 24Tak, podać*należy podać pełną liczbę miesięcy* |  | najdłuższy okres – 5 pkt, wymagane – 0 pkt, inne proporcjonalnie mniej, względem najdłuższego okresu |
|  | Gwarancja dostępności części zamiennych [liczba lat] – min. 8 lat  | podać |  | tak – 3 pktnie – 0 pkt |
|  | **WARUNKI SERWISU** |  |  |  |
|  | Przyjazd serwisu po zgłoszeniu awarii w okresie gwarancji do 2 dni (dotyczy dni roboczych rozumianych jako dni od poniedziałku do piątku, z wyjątkiem świąt i dni ustawowo wolnych od pracy, w godzinach od 8.00 do 15.00 ) | tak, podać***podać całkowitą (pełną) liczbę dni roboczych*** |  | 1 dzień – 5 pkt2 dni – 0 pkt, |
|  | Czas na naprawę usterki – do 5 dni, a w przypadku potrzeby sprowadzenia części zamiennych do - 10 dni (dotyczy dni roboczych) | Tak***podać całkowitą (pełną) liczbę dni roboczych*** |  | - - - |
|  | W ramach ceny: przeglądy w okresie gwarancji (zgodnie z wymogami producenta)  | tak, *podać ilość wszystkich przeglądów w okresie gwarancji lub brak wymogu producenta wykonywania przeglądów (obowiązek dokonania wpisu w paszporcie)* |  | - - - |
|  | Ilość przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy aparatu (w okresie 1 roku) | podać |  | jeden w roku, lub brak wymogu producenta wykonywania przeglądów (obowiązek dokonania wpisu w paszporcie) – 5 pkt, więcej niż 1– 0 pkt |
|  | Dokumentacja serwisowa i/lub oprogramowanie serwisowe na potrzeby Zamawiającego (dokumentacja zapewni co najmniej pełną diagnostykę urządzenia, wykonywanie drobnych napraw, regulacji, kalibracji, etc.) | tak |  | - - - |
|  | Aparat jest lub będzie pozbawiony, po zakończeniu gwarancji, wszelkich blokad, kodów serwisowych, itp. które po upływie gwarancji utrudniałyby właścicielowi dostęp do opcji serwisowych lub naprawę aparatu przez inny niż Wykonawca podmiot w przypadku nie korzystania przez Zamawiającego z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy | tak |  | - - - |
|  | **SZKOLENIA** |  |  |  |
|  | Szkolenie dla personelu medycznego i technicznego Dodatkowe szkolenie dla personelu medycznego w przypadku wyrażenia takiej potrzeby przez personel medyczny i techniczny | tak, podać |  | - - - |
|  | **DOKUMENTACJA** |  |  |  |
|  | Instrukcje obsługi w języku polskim i angielskim w formie elektronicznej i drukowanej (przekazane w momencie dostawy dla każdego egzemplarza. | tak |  | - - - |
|  | Z aparatem wykonawca dostarczy paszport techniczny zawierający co najmniej takie dane jak: nazwa, typ (model), producent, rok produkcji, numer seryjny (fabryczny),  | tak |  | - - - |