**Załącznik nr 1 -Lista asortymentowo-cenowa i OPZ**

**TP 20/24 -** Zakup, dostawa, montaż, uruchomienie sprzętu medycznego - wyposażenie medyczne karetki neonatologicznej.

Załącznik nr 1

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa sprzętu** | **Ilość [szt.]** | **Cena netto [PLN]** | **Wartość netto [PLN]** | **Stawka VAT [%]** | **Wartość brutto [PLN]** | **Gwarancja [m-ce]** |
| 1. | Inkubator transportowy | 1 |  |  |  |  |  |
| 2. | Kardiomonitor | 1 |  |  |  |  |  |
| 3. | Nawilżacz gazów oddechowych | 1 |  |  |  |  |  |
| 4. | Ssak akumulatorowo – sieciowy | 1 |  |  |  |  |  |
| 5. | Pompa infuzyjna | 6 |  |  |  |  |  |
| 6. | Nosze elektryczne | 1 |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | 11 |  |  |  |  |  |

**Maksymalny termin dostawy ………………. dni kalendarzowych od podpisania umowy**

**Wartość netto: ……………………**

**słownie: .......................................................................................................................................................................**

**Wartość brutto: ……………………**

**słownie: .......................................................................................................................................................................**

1. **Inkubator transportowy**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis/ Parametr wymagany** | **Parametry wymagane** | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane/ TAK/NIE** |
| 1. | Producent | Podać |  |  |
| 2. | Model | Podać |  |  |
| 3. | Rok produkcji min. 2023 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy) | Podać |  |  |
| **Dane sprzętu medycznego** |  |  |  |
| 4. | Inkubator transportowy zaprojektowany w celu umożliwienia wszelkiego rodzaju transportu noworodków (transportu wewnętrznego, zewnętrznego, długo lub krótkotrwałego) | TAK |  |  |
| 5. | Waga inkubatora max. 37 kg | TAK |  |  |
| 6. | Wymiary kopuły inkubatora 77 cm x 42 cm x 28,0 cm (± 2 cm)Wartość szerokości i długości mierzona między przeciwległymi ściankami na wysokości materacyka.Wartość wysokości mierzona od materacyka do górnej ścianki inkubatora. | TAK |  |  |
| 7. | Zasilanie 230V 50 Hz | TAK |  |  |
| 8. | Moc grzewcza max. 320 W | TAK |  |  |
| 9. | Materacyk o wymiarach 60 cm x 35 cm (± 1 cm) | TAK |  |  |
| 10. | Otwory pielęgnacyjne min. 5 sztuk | TAK |  |  |
| 11. | Kopuła przeźroczysta zapewniająca widoczność noworodka z 5 stron | TAK / NIE | NIE – 0 pkt.TAK – 5 pkt.  |  |
| 12. | System uchylania ścianek zapewniający swobodny dostęp do noworodka z 4 stron | TAK / NIE | NIE – 0 pkt.TAK – 5 pkt.  |  |
| 13. | System bez dźwiękowej manipulacji otworami pielęgnacyjnymi oraz uchylania ścianek | TAK |  |  |
| 14. | Jeden przepust wymagający uszczelnienia silikonowym uszczelniaczem na rury układu oddechowego, przewody i dreny oraz 2 przepusty i 4 otwory pielęgnacyjne z drzwiami o konstrukcji niewymagającej dodatkowego uszczelniacza | TAK / NIE | NIE – 0 pkt.TAK – 5 pkt.  |  |
| 15. | Wysuwane leże noworodka poza obrys inkubatora | TAK |  |  |
| 16. | Poziom hałasu w kopule max. 18 dB | TAK |  |  |
| 17. | Łatwo dostępny, dla siedzącego personelu karetkowego, panel sterujący parametrami | TAK |  |  |
| 18. | Awaryjne źródło zasilania pozwalające na pracę min. 240 minut | TAK |  |  |
| 19. | System tłumienia drgań inkubatora przenoszonych podczas jazdy na pacjenta | TAK |  |  |
| 20. | System regulacji temperatury w przedziale min. 28 °C – 38 °C w trybie SERVO z pomiaru temperatury skóry. | TAK |  |  |
| 21. | System monitorowania wartości:- temperatura skóry noworodka- temperatura powietrza pod kopułą- stężenie tlenu pod kopułą | TAK |  |  |
| 22. | System alarmów akustyczno-optycznych- Przekroczenia lub spadku nastawionej temperatury - Przekroczenia lub spadku stężenia tlenu | TAK |  |  |
| 23. | Wyposażenie inkubatora:- czujnik tlenu- czujnik temperatury wielorazowego użytku - system mocujący pacjenta w inkubatorze w postaci pasów zabezpieczających  | TAK |  |  |
| 24. | Dostosowany do przewozu pacjentów o masie min. od 0,4 kg do 5 kg | TAK |  |  |
| 25. | Wbudowany wyświetlacz LED. Monitorowanie temperatury skóry i powietrza w czasie rzeczywistym. | TAK |  |  |
| 26. | Panel sterujący LCD | TAK |  |  |
| 27. | Min. 4 bloki mocujące do transportera | TAK |  |  |
| 28. | W komplecie:- wysuwane leże na bok- materac transportowy- materac próżniowy- pasy 50 m w rolce- wieszaki do przewodów oddechowych – 2 szt.- lampa oświetleniowa- pokrowiec  | TAK |  |  |
| 29. | Platforma nośna do inkubatora kompatybilna z noszami elektrycznymi z pozycji nr 6 „Nosze elektryczne” | TAK |  |  |
| 30. | Przeglądy w okresie gwarancji w cenie urządzenia | TAK |  |  |
| 31. | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |  |

1. **Kardiomonitor**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis/ Parametr wymagany** | **Parametry wymagane** | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane/ podać zakres lub opisać** |
| 1. | Producent | Podać |  |  |
| 2. | Model | Podać |  |  |
| 3. | Rok produkcji min. 2023 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy) | Podać |  |  |
| **Dane sprzętu medycznego** |  |  |  |
| 4. | Zestaw składający się z kardiomonitora transportowego oraz zintegrowanej stacji dokującej | TAK |  |  |
| 5. | Kardiomonitor kompatybilny z posiadanymi w placówce kardiomonitorami, kompatybilność w zakresie stosowanych akcesoriów, wymienność modułów oraz możliwość pracy we wspólnej centrali.  | TAK |  |  |
| 6. | Maksymalna waga 1,6 kg | TAK |  |  |
| 7. | Monitorowanie co najmniej EKG, SpO2, NIBP, temperatury skóry, temperatury głębokiej i 2 kanałów IBP, częstotliwość oddechów podczas transportu pacjenta. | TAK |  |  |
| 8. | Zasilanie sieciowe oraz zasilanie akumulatorowe na min. 240 minut pracy (przy monitorowaniu EKG, SpO2, IBP) | TAK |  |  |
| 9. | Akumulator wymienny przez użytkownika, bez konieczności użycia jakichkolwiek narzędzi i wzywania serwisu. | TAK / NIE | NIE – 0 pkt.TAK – 5 pkt.  |  |
| 10. | Moduł transportowy odporny na wstrząsy, uderzenia i upadki z wysokości min. 1,0 m. | TAK |  |  |
| 11. | Wysoki stopień ochrony – min. IP 32 | TAK |  |  |
| 12. | Dostosowany do pracy w orientacji zarówno pionowej jak i poziomej | TAK |  |  |
| 13. | Wyposażony w czujnik światła, który pozwala na automatyczną regulację poziomu jasności ekranu w zależności od natężenia światła otoczenia. | TAK / NIE | NIE – 0 pkt.TAK – 5 pkt.  |  |
| 14. | Monitor o przekątnej min. 6" pozwalający na swobodny odczyt parametrów w czasie rzeczywistym | TAK |  |  |
| 15. | Moduł transportowy musi umożliwiać przeniesienie danych pacjenta pomiędzy poszczególnymi stanowiskami (dane osobowe, ustawione poziomy alarmów, trendy parametrów z ostatnich min. 8 godzin). | TAK |  |  |
| 16. | Wyświetlanie jednocześnie wartości liczbowych i min. 3 krzywych dynamicznych na wbudowanym ekranie LCD TFT | TAK |  |  |
| 17. | **Monitorowanie** | TAK |  |  |
| 18. | EKG/oddech:Monitorowanie czynności oddechowej oraz EKG. Jednoczesne wyświetlenie zapisu EKG 12 odprowadzeń z max. 6 elektrod. Pomiar HR w zakresie min. 15 - 350 / min. Pomiar częstości oddechu w zakresie min. 0 - 170 odd. / min. Regulowane opóźnienie alarmu bezdechu. Ręcznie regulowany próg detekcji oddechów. Możliwość wyboru odprowadzenia wykorzystywanego do zliczania oddechów.Pomiar uniesienia odcinka ST/STE w zakresie od -20 do + 20 mm. Pomiar długości odcinka QT i wartości QTc. Rozpoznawanie zaburzeń rytmu w tym co najmniej migotania komór, przedsionków, tachykardii, bradykardii, asystolii. | TAK |  |  |
| 19. | SPO2:Pomiar saturacji w technologii Masimo Rainbow SET lub Nellcor lub FAST. Algorytm pomiarowy odporny na niską perfuzję i artefakty ruchowe. Możliwość regulacji opóźnienia dla alarmów saturacji i desaturacji.  | TAK |  |  |
| 20. | Pomiar tętna w zakresie min. od 25 do 240 ud. /min. Zakres pomiarowy SpO2 min. do 0 do 100% z dokładnością w zakresie od 70 do 100% min. ± 3%. Wyświetlanie cyfrowego wskaźnika perfuzji.  | TAK |  |  |
| 21. | NIBP:Programowane odstępy między pomiarami automatycznymi w zakresie min. od 1 minuty do 12 godzin. Możliwość programowania sekwencji pomiarowych (np. 3 pomiary co 15 minut, następnie 3 pomiary co 2 godziny itp.) w trybie auto. | TAK |  |  |
| 22. | Temperatura:Pomiar w zakresie min. 25 °C – 45 °C, dokładność nie gorsza niż 0,1°C. W ofercie dostępne jednorazowe czujniki dla noworodków na skórę oraz rektalne | TAK |  |  |
| 23. | Moduł etCO2  | TAK |  |  |
| 24. | System alarmowania:monitor transportowy | TAK |  |  |
| 25. | Pomiar PR, Temp, IBP, kapnografia | TAK |  |  |
| 26. | **Alarmy** | TAK |  |  |
| 27. | Alarmy dźwiękowe i wizualne wszystkich monitorowanych parametrów. Możliwość zawieszania alarmów dźwiękowych na wybrany okres od 1 do 10 minut oraz na stałe. Możliwość wyłączania alarmów poszczególnych parametrów. Zapamiętywanie zdarzeń alarmowych wraz z odcinkami krzywych dynamicznych (min. 4 krzywe). | TAK |  |  |
| 28. | Alarmy ustawiane ręcznie oraz automatycznie (na podstawie aktualnego stanu pacjenta) z możliwością regulacji progów w jednym wspólnym menu. | TAK |  |  |
| 29. | Przeglądy w okresie gwarancji w cenie urządzenia | TAK |  |  |
| 30. | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |  |

1. **Nawilżacz gazów oddechowych**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis/ Parametr wymagany** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane/ podać zakres lub opisać** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Model | Podać |  |
| 3 | Rok produkcji min. 2023 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy) | Podać |  |
| **Dane sprzętu medycznego** |  |  |
| 4. | W połączeniu ze specjalnie zaprojektowanymi komorami nawilżającymi i podgrzewanymi układami oddechowymi, urządzenie zapewnia kompletny system nawilżania gazów oddechowych dla pacjentów wymagających leczenia metodami inwazyjnej lub nieinwazyjnej wentylacji. | TAK |  |
| 5. | Wymiary: 145 mm x 170 mm x 200 mm (± 10 mm) | TAK |  |
| 6. | Waga urządzenia ok. 2,3 kg | TAK |  |
| 7. | Wydajność wilgotności minimum:- tryb inwazyjny 30 mg/L- tryb nieinwazyjny 10 mg/L  | TAK |  |
| 8. | Zakres przepływu minimum:- tryb inwazyjny 60 l/min- tryb nieinwazyjny 80 l/min | TAK |  |
| 9. | Gotowy do użycia maksymalnie 30 minut po włączeniu | TAK |  |
| 10. | Wyświetlacz LED | TAK |  |
| 11. | Poziom głośności maksymalnie 50 dB | TAK |  |
| 12. | System alarmów akustycznych przekroczenia wartości progowych dolnych oraz górnych | TAK |  |
| 13. | Maksymalna objętość wody: 200 ml | TAK |  |
| 14. | Nawilżacz wraz z przetwornicą i kompletem przewodów |  |  |
| 15. | Przeglądy w okresie gwarancji w cenie urządzenia | TAK |  |
| 16. | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |

1. **Ssak akumulatorowo - sieciowy**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis/ Parametr wymagany** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane/ podać zakres lub opisać** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Model | Podać |  |
| 3 | Rok produkcji min. 2023 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy) | Podać |  |
| **Dane sprzętu medycznego** |  |  |
| 4. | Przenośny ssak elektryczny służący do udrażniania górnych dróg oddechowych | TAK |  |
| 5. | Zbiornik o pojemności 1000 ml mocowany w obudowie, wyposażony w filtr bakteryjnym wymienny, słój przystosowany do stosowania wkładów jednorazowych, w komplecie 10 wkładów oraz 5 filtrów bakteryjnych | TAK |  |
| 6. | Zewnętrzne wbudowane systemy filtrów we wszystkich zbiornikach zabezpieczające przed przepełnieniem słoja | TAK |  |
| 7. | Budowa pozwalająca na trzymanie jedną ręką | TAK |  |
| 8. | Siła ssania regulowana w zakresie od 30 – 800 mBar, przepływ min. 19 l/min | TAK |  |
| 9. | Bateria z możliwością ładowania | TAK |  |
| 10. | Czas pracy na baterii 45 minut  | TAK |  |
| 11. | Uchwyt ścienny z funkcja ładowania akumulatora po wpięciu ssaka zasilany z sieci 12V i 230V. Ładowanie akumulatora odbywa się automatycznie po wpięciu urządzenia do uchwytu.  | TAK |  |
| 12. | Poziom hałasu: max. 65 dB | TAK |  |
| 13. | Wymiary: 320 mm x 100 mm x 250 mm (± 10 mm) | TAK |  |
| 14. | Waga z pełnym wyposażeniem: max. 3,5 kg | TAK |  |
| 15. | Przeglądy w okresie gwarancji w cenie urządzenia | TAK |  |
| 16. | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |

1. **Pompa infuzyjna**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis/ Parametr wymagany** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane/ podać zakres lub opisać** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Model | Podać |  |
| 3 | Rok produkcji min. 2023 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy) | Podać |  |
| **Dane sprzętu medycznego** |  |  |
| 4. | Pompa strzykawkowa przeznaczona jest do infuzji dożylnych i dotętniczych, żywienia pozajelitowego i dojelitowego, podaży krwi i preparatów krwiopochodnych | TAK |  |
| 5. | Pompa wyposażona w miękką klawiaturę i wyświetlacz LCD | TAK |  |
| 6. | Możliwość zastosowania strzykawek: min. 2 – 60 ml wszystkich głównych producentów (firm wyszczególnionych w Instrukcji Użytkowania) | TAK |  |
| 7. | Automatyczne rozpoznawanie objętości strzykawki i typu strzykawki | TAK |  |
| 8. | Wlew infuzji: min. 0,01 – 2000 ml/h- 0,01 – 99,99 ml/h z przyrostem 0,01 ml/h- 100 – 999,9 ml/h z przyrostem 0,1 ml/h- 1000 – 2000 ml/h z przyrostem 1 ml/h | TAK |  |
| 9. | Szybkość dozowania Bolus-a 1600 ml/h | TAK |  |
| 10. | Bolus manualny i automatyczny – tzn. z możliwością zaprogramowania objętości / dawki. | TAK |  |
| 11. | Programowane parametry podaży Bolus-a:- dawka- czas podaży | TAK |  |
| 12. | Zmiana parametrów Bolus-a bez wstrzymywania infuzji | TAK |  |
| 13. | Programowanie biblioteki | TAK |  |
| 14. | Czas pracy z wbudowanego akumulatora 240 min. przy infuzji 1ml/h | TAK |  |
| 15. | Strzykawka montowana od czoła pompy | TAK |  |
| 16. | Zintegrowana z zestawem stacja dokująca dla pomp | TAK |  |
| 17. | Wyświetlacz, na którym w czasie infuzji stale wyświetlane są min. następujące informacje:- nazwa leku,- szybkość dozowania leku- objętość do podania,- stan naładowania akumulatora. | TAK |  |
| 18. | 12 progów alarmów okluzji (min. 75 – 900 mmHg)  | TAK |  |
| 19. | Typy infuzji: ciągła, okresowa, profilowa, wzrost / spadek | TAK |  |
| 20. | Zasilanie: 100 - 240 VAC, 50/60 Hz lub 12 - 15 VDC | TAK |  |
| 21. | Akumulator wewnętrzny: NiMh  | TAK |  |
| 22. | Czas pracy z akumulatora: min. 30 h przy prędkości 5 ml/h. | TAK |  |
| 23. | Czas ładowania akumulatora do 100%: max. 6 h | TAK |  |
| 24. | Klasa ochronności: min. II, typ CF, IP22, odporność na defibrylację | TAK |  |
| 25. | Wymagania bezpieczeństwa: min. EN 60601-1, EN 60601-1-2, EN 60601-2-24, MDD 93/42/EEC-IIb, EN 60601-1-8 | TAK |  |
| 26. | Ciężar pompy: max. 2,5 kg | TAK |  |
| 27. | Wymiary gabarytowe (s x g x w): 360 mm x 200 mm x 115 mm (± 5 mm) | TAK |  |
| 28. | Historia infuzji: min. 2000 zapisów | TAK |  |
| 29. | Regulacja głośności alarmu: min. 3 poziomy głośności, ton przerywany lub ciągły | TAK |  |
| 30. | W komplecie stacja dokująca do ambulansów (jedna stacja na dwie pompy):- automatyczne podłączenie zasilania do pompy- zatrzaskowa instalacja pomp |  |  |
| 31. | Przeglądy w okresie gwarancji w cenie urządzenia | TAK |  |
| 32. | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |

1. **Nosze elektryczne**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis/ Parametr wymagany** | **Parametry wymagane** | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane/ podać zakres lub opisać** |
| 1. | Producent | Podać |  |  |
| 2. | Model | Podać |  |  |
| 3. | Rok produkcji min. 2023 (produkt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy) | Podać |  |  |
| **Dane sprzętu medycznego** |  |  |  |
| 4. | Monoblokowe nosze hydrauliczno - elektryczne | TAK |  |  |
| 5. | Produkt oparty na ramie wykonanej z wysokiej jakości anodyzowanego aluminium dodatkowo zabezpieczonego lakierem. | TAK |  |  |
| 6. | Leże noszy przystosowane do prowadzenia reanimacji, potrójnie łamane w zakresie do 90 ° | TAK |  |  |
| 7. | Oparcie pleców regulowane płynnie do 90 ° | TAK |  |  |
| 8. | Podwozie transportera wyposażone w 4 duże koła jezdne o średnicy min. 150 mm (w tym 2 koła tylne posiadają funkcję skrętu i wyposażone są w hamulce) | TAK |  |  |
| 9. | Składane wzdłuż ramy poręcze boczne, zestaw pasów zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości | TAK |  |  |
| 10. | Składany statyw do kroplówki o udźwigu do 5 kg z regulacją wysokości | TAK  |  |  |
| 11. | W komplecie: 2 akumulatory litowe min. 36 V oraz dodatkowa ładowarka 230 V | TAK  |  |  |
| 12. | W komplecie: mocowanie karetkowe zgodne z EN 1865-5 wyposażone w funkcję ładowania noszy oraz wysuwu ramy na zewnątrz, dzięki czemu załadunek pacjenta jest bezwysiłkowy | TAK / NIE | NIE – 0 pkt.TAK – 5 pkt. |  |
| 13. | LED-owe oświetlenie robocze sygnalizujące położenie noszy, np. w warunkach ograniczonej widoczności lub w nocy | TAK / NIE | NIE – 0 pkt.TAK – 5 pkt. |  |
| 14. | Możliwość ręcznego załadunku i rozładunku noszy do i z ambulansu na wypadek awarii systemu elektrycznego | TAK |  |  |
| 15. | Dopuszczalne obciążenie bez względu na wysokość noszy – min. 300 kg | TAK |  |  |
| 16. | Możliwość wydłużenia leża dla pacjentów o znacznym wzroście | TAK |  |  |
| 17. | Możliwość skrócenia długości noszy | TAK |  |  |
| 18. | Możliwość montażu platformy z inkubatorem z pozycji nr 1 „Inkubator transportowy”. | TAK / NIE | NIE – 0 pkt.TAK – 5 pkt. |  |
| 19. | Wymiana akumulatora bez użycia narzędzi | TAK |  |  |
| 20. | Wymiary: (D x S x W) 195 cm x 60 cm x min. 36 cm – 115 cm (± 2 cm) | TAK |  |  |
| 21. | Waga: max. 74 kg | TAK |  |  |
| 22. | Przeglądy w okresie gwarancji w cenie urządzenia | TAK |  |  |
| 23. | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |  |

**Wymagania ogólne dotyczące całego wyposażenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis/ Parametr wymagany** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane/ podać zakres lub opisać** |
| 1. | Gwarancja zgodna z wymaganiami w poszczególnych tabelach | TAK |  |
| 2. | Instalacja przez autoryzowany serwis producenta (autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny). | TAK |  |
| 3. | Instrukcja obsługi w języku polskim 1 egz. dla użytkowników oraz 1 egz. do archiwum Działu Techniki Medycznej (dostarczona przy dostawie) | TAK |  |
| 4. | Paszport techniczny i karta gwarancyjna dla każdego z aparatów (dostarczone przy dostawie) dla asortymentu do którego wymaga tego producent. | TAK |  |
| 5. | Wykaz punktów serwisowych (dostarczone przy dostawie) | TAK |  |
| 6. | Szczegółowy opis warunków gwarancji (dostarczone przy dostawie) | TAK |  |
| 7. | Sposób powiadamiania o usterkach uznany za skuteczny (dostarczone przy dostawie) | TAK |  |
| 8. | Opisać warunki i przyczyny ewentualnej utraty gwarancji (dostarczone przy dostawie). | TAK |  |
| 9. | Czas reakcji na zgłoszenie (liczony od momentu zgłoszenia do momentu rozpoczęcia interwencji serwisowej u użytkownika) w okresie gwarancji nie dłużej niż 48h w dni robocze \* | TAK |  |
| 10. | Czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia w okresie gwarancji nie dłużej niż 14 dni roboczych liczony od podjęcia interwencji serwisowej. | TAK |  |
| 11. | Zapewnienie sprzętu zastępczego na czas naprawy gwarancyjnej przekraczającej 14 dni robocze\* | TAK |  |
| 12. | Minimalny zakres prac związanych z przeglądem okresowym wymaganym przez producenta (dostarczone przy dostawie). | TAK |  |
| 13. | W przypadku konieczności wymiany urządzenia w okresie gwarancyjnym z przyczyn leżących po stronie oferenta pokrywa on wszystkie koszty związane z tą procedurą. | TAK |  |
| 14. | W okresie gwarancji wykonawca zobowiązany jest do wykonywania okresowych przeglądów gwarancyjnych mających na celu sprawdzenie poprawności pracy systemu i usunięcia zaistniałych usterek (koszt przeglądu wliczony w cenę oferty). Zakres przeglądu oraz częstość wykonywania przeglądów zgodnie z wymaganiami producenta. | TAK |  |
| 15. | Udostępnienie telefonicznej pomocy serwisowej czynnej w dni robocze \* w okresie gwarancji. Podać numer telefonu. (dostarczone przy dostawie) | TAK |  |
| 16. | Szkolenie użytkowników - Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi przedmiotu umowy, dezynfekcji, sterylizacji, konserwacji i bezpieczeństwa dla dostarczonego sprzętu- min. 1h dla 4 osób. | TAK |  |
| 17. | Dostępność części zamiennych min 10 lat. | TAK |  |
| 18. | Dla wyrobu medycznego w rozumieniu ustawy o wyrobach medycznych z dnia 20maja 2010 r. (Dz. U. z 2023 r. poz. 1938.) należy dołączyć deklarację zgodności lub/i certyfikat CE wydany przez jednostkę notyfikującą. | TAK |  |

**\* Jako dni robocze zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy w godzinach 8:00 – 15:30.**

**UWAGI:**

1. **Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**
2. **Brak odpowiedniego wpisu przez Wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**
3. **Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest 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 podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy