|  |
| --- |
| **Dostawa, instalacja, uruchomienie i szkoleniem personelu 5 szt. kardiotokografów (typ 1) do ciąży bliźniaczej, aparatu do telemetrii, wraz z podłączeniem do posiadanego systemem nadzoru okołoporodowego Monako** |

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 „<=”, „min.” lub „max.”) są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
* Wartość podana przy w/w oznaczeniach oznacza wartość wymaganą.
* W kolumnie „Lokalizacja w materiałach firmowych potwierdzenia parametru [str w ofercie, plik]” w przypadku wyrażenia "nie dotyczy" potwierdzenie w materiałach firmowych nie jest konieczne, natomiast w pozostałych przypadkach wykonawca ma obowiązek w tej kolumnie wskazania, gdzie w materiałach firmowych znajduje się parametr zadeklarowany w kolumnie "parametr oferowany".
* 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. Żaden aparat ani jego część składowa, wyposażenie, etc. nie jest sprzętem rekondycjonowanym, powystawowym i nie był wykorzystywany wcześniej przez innego użytkownika.
* Brak potwierdzenia w materiałach firmowych zakresu większego niż wymagany, pomimo jego wskazania w kolumnie „Parametr oferowany”, spowoduje nie przyznanie punktów za ten parametr.
* 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.

**Tabela wyceny:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość**  **(liczba sztuk)** | **Cena jednostkowa brutto\***  **(urządzenie wraz dostawą, instalacją, uruchomieniem i szkoleniem personelu)**  **(w zł)** | **Cena brutto \* oferty**  **(urządzenia wraz dostawą, instalacją, uruchomieniem i szkoleniem personelu)**  **(w zł)**  (ilość x cena jednostkowa brutto\*) |
| **1.** | Kardiotokograf (typ 1) do ciąży bliźniaczej | 5 |  |  |
| **2.** | Aparat do telemetrii | 1 |  |  |
| **Cena brutto łączna sprzętu (w zł):** | | | |  |

*\* jeżeli wybór oferty będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, należy podać cenę netto.*

Nazwa i typ: ...............................................................................

Producent / kraj produkcji: ........................................................

Rok produkcji (2024): …....................................................

Klasa wyrobu medycznego.............................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany**  **Należy uzupełnić/podać** | **Lokalizacja potwierdzenia [str. Oferty –należy podać]** | **Ocena pkt** |
| **Kardiotokograf** | | | | | |
|  | Zakres pomiarowy US min. 50 -210 bpm | Tak, podać |  |  | największy zakres – 3 pkt, wymagany – 0, inne proporcjonalnie mniej, względem największego zakresu |
|  | Nieinwazyjne monitorowanie i rejestracja czynności serca płodu | Tak, podać |  |  | - - - |
|  | Częstotliwość pracy nie większa niż 1,2 MHz | Tak, podać |  |  | - - - |
|  | Wartość natężenia emitowanej fali US dla przetwornika nie większa niż 5 mW/cm2 | Tak, podać |  |  | - - - |
|  | Znacznik zdarzeń | Tak |  |  | - - - |
|  | Alarmy utraty sygnału, wysokiego i niskiego tętna płodu, granice alarmów definiowane przez użytkownika | Tak |  |  | - - - |
|  | Automatyczne monitorowanie ruchów płodu | Tak |  |  | - - - |
|  | Alarm w przypadku monitorowania jednego płodu dwiema głowicami (ciąża bliźniacza) | Tak |  |  | - - - |
|  | Monitorowanie ciąży bliźniaczej | Tak |  |  | - - - |
|  | Wbudowana drukarka termiczna | Tak |  |  | - - - |
|  | Możliwość pracy drukarki z prędkościami 1, 2, 3 cm/min | Tak, podać |  |  | - - - |
|  | Dostęp do najczęściej stosowanych funkcji za pomocą przycisków bezpośredniego dostępu na panelu przednim: regulacja głośności sygnałów dźwiękowych (dla każdego płodu osobno), zerowanie Toco (napięcie spoczynkowe), wyciszenie alarmów, znacznik zdarzeń dla personelu, wysuw papieru | Tak |  |  | - - - |
|  | Współpraca z oferowaną poniżej telemetrią płodową KTG | Tak |  |  | - - - |
|  | Prezentacja cyfrowej wartości FHR i Toco | Tak |  |  | - - - |
|  | Wodoszczelność przetworników (głowic) | Tak |  |  | - - - |
|  | Możliwość podłączenia stymulatora akustycznego płodu | Tak |  |  | - - - |
|  | Waga kardiotokografu z drukarką maks.4 kg | Tak, podać |  |  | najmniejsza waga – 3 pkt, wymagane – 0 pkt,  inne proporcjonalnie mniej, względem największej wartości |
|  | Dwa złącza RS-232 (do podłączenia systemu i urządzeń zewnętrznych) | Tak |  |  | - - - |
|  | Współpraca z posiadanym systemem nadzoru okołoporodowego Monako | Tak |  |  | - - - |
|  | Podłączenie aparatu do posiadanego systemu nadzoru okołoporodowego Monako (dostawa modułu transmisji danych MT2W) | Tak |  |  | - - - |
| **Wyposażenie do każdego aparatu** | | | | | |
|  | Przetworniki Toco (2 sztuki) | Tak |  |  | - - - |
|  | Przetworniki Cardio (3 sztuki) | Tak |  |  | - - - |
|  | Znacznik ruchów płodu dla pacjentki (1 sztuka) | Tak |  |  | - - - |
|  | Moduł transmisji danych MT2W (1 sztuka) | Tak |  |  | - - - |
|  | Wózek pod KTG | Tak |  |  | - - - |
| **Aparat do telemetrii** | | | | | |
|  | Metoda pomiarowa – doppler pulsacyjny | Tak |  |  | - - - |
|  | Po podłączeniu do kardiotokografu bezprzewodowe monitorowanie częstości akcji serca płodu, aktywności skurczowej mięśnia macicy | Tak |  |  | - - - |
|  | Zasięg min. 300 metrów w otwartej przestrzeni | Tak, podać |  |  | największa wartość – 3 pkt, wymagane – 0 pkt,  inne proporcjonalnie mniej, względem największej wartości |
|  | Kompatybilność z przetwornikami (głowicami) oferowanych aparatów KTG | Tak |  |  | - - - |
|  | Czas pracy min. 10 godzin | Tak, podać |  |  | największa wartość – 3 pkt, wymagane – 0 pkt,  inne proporcjonalnie mniej, względem największej wartości |
|  | Czas pełnego naładowania telemetrii nie więcej niż 5 godzin | Tak, podać |  |  | - - - |
|  | Współpraca telemetrii z oferowanymi powyżej aparatami KTG | Tak |  |  | - - - |
|  | Współpraca aparatu z posiadanym systemem nadzoru okołoporodowego Monako | Tak |  |  | - - - |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Warunki gwarancji i serwisu** | | | | |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** | **Sposób oceny** |
| **GWARANCJE** | | | | |
|  | Okres pełnej, bez wyłączeń gwarancji dla wszystkich zaoferowanych elementów.  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 tj. 60 miesięcy | >= 36  Tak, podać  *należy podać pełną liczbę miesięcy* |  | najdłuższy okres – 5 pkt,  inne proporcjonalnie mniej, względem najdłuższego okresu |
|  | Gwarancja dostępności części zamiennych [liczba lat] – min. 8 lat | podać |  | tak – 3 pkt  nie – 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 pkt  2 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 |  | - - - |
|  | Aparaty są lub będą pozbawione, 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 |  | - - - |
| **DOKUMENTACJA** | | | | |
|  | Instrukcje obsługi w języku polskim i angielskim w formie elektronicznej i drukowanej (przekazane w momencie dostawy dla każdego egzemplarza). | Tak |  | - - - |
|  | Z aparatami wykonawca dostarczy paszporty techniczne zawierające co najmniej takie dane jak: nazwa, typ (model), producent, rok produkcji, numer seryjny (fabryczny). | Tak |  | - - - |