**Pakiet nr 8 ZMIANA I 2018-04-27**

**Zamawiający dopuszcza rozwiązania równoważne w przypadkach określających dany parametr przedmiotu zamówienia przez odniesienie, m.in., do norm, europejskich ocen technicznych, aprobat, specyfikacji technicznych i systemów referencji technicznych, o których mowa w art. 30 ust. 1 pkt 2 i ust. 3 PZP.**

**Przedmiot zamówienia – fabrycznie nowy**

Wykonawca zobowiązany jest na swój koszt zabezpieczyć całą dostawę i ponosi z tego tytułu pełną odpowiedzialność do momentu odebrania przedmiotu umowy przez Personel Zamawiającego.

**Pompy strzykawkowe 32szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Model/Typ urządzenia | Podać |  |
| Producent | Podać |  |
| Kraj pochodzenia | Podać |  |
| Rok produkcji | Podać |  |

**PARAMETRY GRANICZNE**

**Niespełnienie któregokolwiek z podanych warunków będzie skutkowało odrzuceniem oferty. Niewypełnienie kolumny „Parametr oferowany” poprzez wpisanie konkretnych parametrów oferowanego przedmiotu zamówienia będzie również skutkowało odrzuceniem oferty. Niedopuszczalne jest wypełnienie dokumentu poprzez wpisanie w tej kolumnie słowa TAK. Zamawiający wymaga wskazania konkretnych parametrów. Do oferty należy załączyć Katalog lub prospekt lub folder w języku polskim każdego zaoferowanego przedmiotu zamówienia zawierający opis oraz parametry potwierdzające wymagania postawione przez Zamawiającego w zał. nr 3 do SIWZ oraz zawierający numery katalogowe - w oparciu o które została przygotowana oferta.**

**W katalogu/prospekcie/folderze należy wyraźnie zaznaczyć, których pozycji formularza cenowego (Załącznika nr 2 do SIWZ) dotyczy dany zapis - umieszczając w nim zarówno nr Pakietu, jak i nr poszczególnej pozycji asortymentowej Pakietu (np. Pakiet 1 poz. 1 itd.) – celem identyfikacji oferowanego przedmiotu zamówienia.  W przypadku parametru nie znajdującego się w katalogu/prospekcie/folderze należy przedstawić oświadczenie o posiadaniu danego parametru przez zaoferowany przedmiot zamówienia( należy dokładnie określić parametr/parametry, którego oświadczenie dotyczy).**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Warunki wymagane, konieczne do spełnienia Parametr graniczny/wartość** | **Parametr oferowany (podać, opisać)** | **Zasady oceny (punktacji)** |
|  | Ochrona przed wilgocią IP22 | Tak |  |  |
|  | Zewnętrzne źródło zasilania Zasilanie przez stację dokującą 100-240V AC lub zasilacz zewnętrzny IP42 | Tak (podać jakie) |  |  |
|  | Typ akumulatora NiMH | Tak |  |  |
|  | Awaryjne zasilanie z akumulatora wewnętrznego min.16h @ 5ml/h | Tak (podać jakie) |  |  |
|  | Masa aparatu max.1,4 kg | Tak (podać jakie) |  |  |
|  | Pompa zajmująca przestrzeń nie większą niż 2 600 cm3 | Tak (podać jakie) |  |  |
|  | Prędkość infuzji 0,1 -99,99 ml programowana co 0,01ml | Tak (podać jakie) |  |  |
|  | Możliwa do ustawienia prędkość bolusa 0,1 - 1800 ml/h | Tak (podać jakie) |  |  |
|  | Możliwość stosowania strzykawek o różnych  pojemnościach. Strzykawki możliwe do zastosowania 3, 5, 10,20,30,50, 50/60ml | Tak (podać jakie) |  |  |
|  | Maksymalny bolus po redukcji okluzji ≤± 0,2 ml | Tak (podać jakie) |  |  |
|  | Odłączalny uchwyt do przenoszenia do 3 pomp zasilanych jednym przewodem nie wymagającym dodatkowych elementów. | Tak |  |  |
|  | Mocowanie do pionowego statywu/rury do 3 pomp jednym uchwytem, zasilanych jednym przewodem. | TAk |  |  |
|  | Pompa zawierająca bibliotekę leków. Max. 1 200 leków wraz z protokołami infuzji. z możliwością podzielenia na min.30 grup w 50 bibliotekach. | Tak (podać jakie) |  |  |
|  | Prędkości bolusa min:  dla strzykawki o poj.3ml =1-150 ml/h; dla strzykawki o poj.5ml =1-300 ml/h; dla strzykawki o poj.10ml =1-500 ml/h; dla strzykawki o poj.20ml =1-800 ml/h; dla strzykawki o poj.30ml =1-1200 ml/h; dla strzykawki o poj.50/60ml =1-1800 ml/h. | Tak (podać jakie) |  |  |
|  | Komunikacja pomp umieszczonych w stacji dokującej/stanowisko pacjenta z komputerem poprzez Ethernet - złącze RJ45. Bez konieczności stosowania dodatkowych kabli np.RS232. | Tak |  |  |
|  | Możliwość rozszerzenia funkcji terapeutycznych każdej pompy o PCA, PCEA | Tak |  |  |
|  | Możliwość rozszerzenia funkcji terapeutycznych każdej pompy o TCI | Tak |  |  |
|  | Opcjonalna możliwość bezprzewodowej komunikacji pomp z komputerem  poza stacją dokującą | Tak |  |  |
|  | Możliwość pracy w stacji MRI | Tak |  |  |
|  | Możliwość pracy w systemie kontrolowanej insulinoterapii | Tak |  |  |
|  | Możliwość rozszerzenia funkcji terapeutycznych o Czujnik zmian ciśnienia w linii - okluzji i rozłączenia linii bez konieczności stosowania specjalnych drenów | Tak |  |  |
|  | Możliwość rozszerzenia funkcji terapeutycznych o TakeOverMode (tryb przejęcia infuzji autom. przejęcie infuzji przez kolejną pompę) | Tak |  |  |
|  | Możliwość wyświetlania naprzemiennego nazwy leku i/lub wybranych parametrów infuzji. | Tak (podać jakie) |  |  |
|  | Blokada nastawień hasłem 3 poziomy | Tak |  |  |
|  | Możliwość zaprogramowania limitu objętości do podania min.999 ml | Tak (podać jakie) |  | 999ml – 1500ml- 0 pkt. >1500ml - 5 pkt. |
|  | Możliwość zaprogramowania czasu infuzji od 0,01 -99,59 | Tak (podać jakie) |  |  |
|  | Pobór mocy max 15W | Tak (podać jakie) |  | ≤10W - 5 pkt. > 10W - 0 pkt. |
|  | Podświetlany panel sterowania i klawisze (tzw. tryb nocny) | Tak |  |  |

Dla umożliwienia Zamawiającemu weryfikacji udzielonych odpowiedzi odnośnie spełnienia warunków granicznych i/lub ich wartości należy dołączyć do oferty materiały opisowe pochodzące od producenta: oryginalne ulotki, katalogi, opisy przedmiotu zamówienia, dokumentację techniczną oferowanego sprzętu/ przedmiotu zamówienia, product date, instrukcje obsługi itp. Stosowne materiały opisowe pochodzące od producenta należy załączyć w oryginale lub jako kserokopie poświadczone za zgodność z oryginałem.

Wszystkie dane/parametry z tabeli technicznej muszą znajdować swoje potwierdzenie w danych produktowych producenta.

Niniejszym oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu, do dostarczania sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Materiały eksploatacyjne** niezbędne do pracy z powyższym sprzętem proszę wymienić i wskazać (rozmiar, nr katalogowy, sposób konfekcjonowania, jednostkowe ceny netto i brutto)  **JEŻELI DOTYCZY:** | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Podpis i pieczęć Wykonawcy)

**WARUNKI GWARANCJI I SERWISU OFEROWANEGO SPRZĘTU .**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Pompy strzykawkowe 32szt.** | **Warunek graniczny** | **Wartość oferowana** |
| 1. | Okres gwarancji na urządzenie liczony od dnia instalacji przedmiotu zamówienia w miejscu użytkowania potwierdzonej bezusterkowym protokołem odbioru. | **min. 24 miesiące,**  **podać za każde kolejne  6 mcy –dodatkowe 5 pkt. (Maksymalnie 20 pkt.)** |  |
| 2. | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas przestoju urządzenia (naprawy) zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia. | Tak |  |
| 3. | Możliwość przedłużenia gwarancji na kolejne lata za ryczałtową odpłatnością lub wykupienie kontraktu serwisowego. | Tak |  |
| 4. | Pełna gwarancyjna obsługa serwisowa napraw (wraz z kosztem dojazdu, części zamiennych i robocizny), jeden bezpłatny przegląd w ciągu roku (w ostatnim miesiącu obowiązywania gwarancji), cykliczna kontrola bezpieczeństwa elektrycznego oraz czynności wymienionych w Art. 90 pkt 4 (Ustawy o wyrobach medycznych Dz.U. 2010, Nr 107, poz. 679) w okresie gwarancji wliczone w cenę zamówienia bez żadnych limitów np. ilości godzin pracy, ilości cykli itp | Tak |  |
| 5. | Czas usunięcia usterki/awarii nie wymagającej wymiany części, od momentu zgłoszenia w godzinach zegarowych. | 48 h |  |
| 6. | Czas usunięcia usterki/awarii wymagającej wymiany części, od momentu zgłoszenia w dniach roboczych. | <=3 dni |  |
| 7. | W przypadku awarii naprawa w siedzibie Zamawiającego; w przypadku konieczności dokonania naprawy w warsztacie serwisowym, Wykonawca ponosi wszelkie koszty transportu i zapewnia urządzenie zastępcze na czas trwania naprawy dostarczone do 48h od momentu zgłoszenia awarii. | Tak |  |
| 8. | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu/urządzenia na nowy:  a) 3 naprawy tego samego elementu (podzespołu) – uprawniają do wymiany podzespołu na nowy lub  b) 3 niezależne od siebie awarie aparatu (sprzętu) w okresie 30 kolejnych dni – uprawniają do wymiany aparatu (sprzętu) na nowy. | Tak |  |
| 9. | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych i wyposażenia. | **8 lat od daty dostawy** |  |
| 10. | Przeglądy okresowe lub inne czynności wymienione w zakresie Art. 90 pkt 4 w okresie gwarancji zalecane przez producenta a wykonywane przez serwis autoryzowany – podać w tabeli harmonogram zawierający m.in. terminy i zakres czynności do wykonania. | Podać |  |
| 11. | Czas niezbędny do wykonania przeglądu okresowego lub innych czynności wymienionych w zakresie Art. 90 pkt 4 w ramach gwarancji od momentu zgłoszenia w dniach kalendarzowych. | <=14 dni |  |
| 12. | Po uruchomieniu urządzenia a przed oddaniem do eksploatacji dostarczyć **PROTOKÓŁ BEZPIECZEŃSTWA ELEKTRYCZNEGO** sprzętu zgodny  z normą PN-EN 62353 lub równoważnym pod kątem bezpieczeństwa elektrycznego. W przypadku gdy sprzęt nie podlega wymaganiom normy PN-EN 62353 **OŚWIADCZENIE PRODUCENTA.** | Informacja, który z dokumentów (Protokół lub oświadczenie) zostanie dostarczony |  |
| 13. | Serwis gwarancyjny na terenie Polski – wskazać przeznaczony dla zamawiającego punkt napraw i przeglądów gwarancyjnych  (nazwa, adres, telefon, fax, e-mail). | Podać |  |
| 14. | Świadectwo autoryzacji serwisu potwierdzone przez producenta urządzenia. | **TAK**  **na wezwanie Zamawiającego** |  |
| 15. | Najbliższy dla zamawiającego pogwarancyjny serwis na terenie krajów  Unii Europejskiej poza Polską (nazwa, adres, telefon, fax, e-mail). | Podać |  |
| 16. | Pogwarancyjne przeglądy okresowe lub inne czynności wymienione w zakresie Art. 90 pkt 4 wymagane przez producenta i wykonywane przez serwis autoryzowany, załączyć na wezwanie Zamawiającego  **HARMONOGRAM** zawierający m.in. terminy, częstotliwość i zakres czynności do wykonania  lub załączyć do oferty pisemne **OŚWIADCZENIE**, że sprzęt nie wymaga wykonania żadnych przeglądów pogwarancyjnych wykonywanych przez serwis. | **Informacja, który z dokumentów (Harmonogram lub oświadczenie )**  **na wezwanie Zamawiającego** |  |
| 17. | Dokumentacja techniczna opisująca sposób wykonania okresowej kontroli bezpieczeństwa elektrycznego sprzętu w zakresie zgodnym z normą PN-EN 62353 lub równoważnym pod kątem bezpieczeństwa elektrycznego z uwzględnieniem wymagań producenta – wypełnić załącznik w/g wzoru **KARTA KONTROLI.** | Informacja, który z dokumentów (**KARTA KONTROLI** , dokumentacja techniczna)  **na wezwanie Zamawiającego** |  |
| 18. | Jeżeli producent urządzenia przewiduje, że urządzenie wymaga przeprowadzania okresowych (cyklicznych) czynności serwisowo – konserwacyjnych wykonywanych przez służby techniczne zamawiającego załączyć **na wezwanie Zamawiającego HARMONOGRAM** zawierający m.in. terminy, częstotliwość i zakres czynności do wykonania. Jeżeli nie przewiduje to oświadczenie. W dniu dostawy **SZKOLENIE** w tym zakresie wraz z **WYDANIEM IMIENNEGO CERTYFIKATU** upoważniającego do wykonywania tych czynności (wraz z dokumentacją pkt 19). | **Informacja, który z dokumentów (HARMONOGRAM lub OŚWIADCZENIE)**  **na wezwanie Zamawiającego** |  |
| 19. | W przypadku harmonogramu pkt. 18 w języku polskim dokumentacja serwisowo – techniczna zawierająca opis sposobu wykonania tych czynności przez służby techniczne zamawiającego – dostarczona w dniu dostawy. | Tak |  |
| 20. | Instrukcja obsługi w języku polskim – dostarczona w dniu dostawy. | Tak |  |
| 21. | Paszport techniczny (wypełniony) – dostarczony w dniu dostawy. | Tak |  |

**KARTA KONTROLI**

W związku z wymaganiami Art. 90 ust. 6 i 7 ustawy o wyrobach medycznych Dz.U. 2010 Nr 107 Poz. 679

oraz normy PN-EN 62353 w zakresie bezpiecznego użytkowania sprzętu medycznego proszę podać wymagania producenta w zakresie wykonywania czynności okresowej kontroli pod względem bezpieczeństwa.

Nazwa i typ sprzętu . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Klasa ochrony (podać I , II , III ) . . . . . . . . .

Typ części aplikacyjnych (określić i podać B , BF , CF) . . . . . . . .

(określić i podać B , BF , CF) . . . . . . . .

Test przewodu ochronnego (podać wartość limitu mΩ) . . . . mΩ

Prąd upływu urządzenia (określić wymagane metody pomiaru i podać wartość limitu prądu µA)

- metoda bezpośrednia (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . µA

- metoda różnicowa (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . µA

- metoda alternatywna (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . µA

Prąd upływu części aplikacyjnych (określić wymagane metody pomiaru i podać wartość limitu prądu µA)

- metoda bezpośrednia (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . µA

- metoda alternatywna (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . µA

Rezystancja izolacji (określić wymagane metody pomiaru i podać wartość limitu MΩ)

- pomiędzy zasilaniem a uziemieniem (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . MΩ

- pomiędzy częściami aplikacyjnymi a uziemieniem (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . MΩ

- pomiędzy częściami aplikacyjnymi a zasilaniem (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . MΩ

Test funkcjonalny (określić zalecenia producenta co do sposobu i zakresu wykonania)

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

Inne wytyczne producenta co do sposobu wykonywania i zakresu kontroli bezpieczeństwa elektrycznego:

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

**Kryteria oceny ofert oraz Opis sposobu przyznawania punktów**

**Pompy strzykawkowe 32 szt.**

**Cena – max 60 %**

**Oferowana cena brutto oferty: 60%**

**Maksymalna liczba punktów jaką może osiągnąć oferta wynosi 60 pkt. wg następującej zasady:**

**Oferta z najniższą ceną**

**ilość pkt. za cenę oferty = ---------------------------- x 60 pkt.**

**oferta badana**

**W kryterium cena - oferta otrzyma zaokrągloną do dwóch miejsc po przecinku ilość punktów (zaokrąglenie zgodnie z zasadami matematyki).**

**Warunki gwarancji: Długość gwarancji na oferowane przedmiot zamówienia – min. 24 mc – 0 pkt, za każde kolejne 6 mc dodatkowe 5 pkt. (max 20 pkt)**

**Ilość punktów badanej oferty**

**KG= ---------------------------------------------------------------------- x 20%**

**Maksymalna ilość punktów możliwa do uzyskania w**

**ramach danego kryterium (60pkt)**

**Parametry techniczne – max. 20% (możliwość zdobycia max. 10 pkt. przeliczanych wg. wzoru**

**Ilość punktów badanej oferty**

**KT= ---------------------------------------------------------------------- x 20%**

**Maksymalna ilość punktów możliwa do uzyskania w**

**ramach danego kryterium (10pkt.)**

1. Możliwość zaprogramowania limitu objętości do podania min.999 ml: 999ml – 1500ml- 0 pkt. >1500ml - 5 pkt.
2. Pobór mocy max 15W: ≤10W - 5 pkt. > 10W - 0 pkt.