**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

 **Część 21 - Zamrażarka do FFP (2 szt.)**

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: nie wcześniej niż 2019), 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.
* 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.
* Gdziekolwiek w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia przywołane są normy, lub nazwy własne lub znaki towarowe lub patenty lub pochodzenie, źródło lub szczególny proces, który charakteryzuje produkty dostarczane przez konkretnego Wykonawcę, Zamawiający dopuszcza rozwiązania równoważne.

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

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

Rok produkcji (min. 2019): …..............

Klasa wyrobu medycznego (jeżeli dotyczy): ..................

**Tabela wyceny:**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot:  **Zamrażarka do FFP** | **Cena brutto (w zł)** |
| **A:** Cena brutto sprzętu wraz z dostawą (suma z poz. A1-A2) |  |
|  |  | Ilość sztuk sprzętu: | Cena jednostkowa brutto sprzętu wraz z dostawą (zł): |
|  | A1: Zamrażarka do FFP (-27 do –31 st) | **1** |  |  |
|  | A2:  Zamrażarka do FFP (-27 do –31 st) | **1** |  |  |
|  |  |
| **B:** Cena brutto instalacji i uruchomienia sprzętu |  |
| **C:** Cena brutto szkoleń |  |
| **A+B+C:** Cena brutto oferty |  |

**PARAMETRY TECHNICZNE I EKSPLOATACYJNE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | * + 1. **PARAMETR**
 | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
| **Zamrażarka do FFP (-27 do –31 st) (1 szt.)** |
|  | Zamrażarka medyczna dedykowana do przechowywania osocza (FFP) i krioprecypitatu z wbudowanym komputerowym rejestratorem temp. (KRT) posiadającym świadectwo wzorcowania i możliwość przesłania temperatury na komputer | Tak |  | --- |
|  | Pojemność 700 l (± 5%) | Tak |  | --- |
|  | Możliwość połączenia w sieć po interfejsie RS-485 do zewnętrznej rejestracji temperatury i alarmów | Tak |  | --- |
|  | Zakres temperatur od -27 do -31 ºC z dokładnością +/- 1 ºC, alarm dźwiękowy na wypadek awarii wskazujący zbyt wysoką temperaturę (regulowane zakresy) | Tak |  | --- |
|  | 4 półki stalowe i 5 drzwi wewnętrznych | Tak |  | --- |
|  | Drzwi zewnętrzne zamykane na klucz | Tak |  | --- |
|  | System automatycznego odszraniania i odparowywanie kondensatu nie powodujący wahania temperatury w komorze | Tak |  | --- |
|  | Obieg powietrza wymuszony wentylatorem | Tak |  | --- |
|  | 2 platynowe czujniki Pt1-100 i czytelny wyświetlacz cyfrowy pokazujący wewnętrzną temperaturę  | Tak |  | --- |
|  | Oświetlenie wewnętrzne uruchamiane automatycznie przy otwarciu drzwi | Tak |  | --- |
|  | Niski poziom hałasu w trakcie pracy | Tak |  | --- |
|  | Przed pierwszym uruchomieniem walidacja potwierdzona stosownym świadectwem | Tak |  | --- |
|  | Urządzenie w przypadku braku zasilania utrzymuje temperaturę (bez otwierania drzwi) minimum 4h | Tak, podać |  | 4h – 0 pktWięcej – 3 pkt |
|  | Zamrażarka musi spełniać wymagania Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie „leczenia krwią w podmiotach leczniczych” | Tak |  | --- |
|  | Zasilanie 230V/50 Hz | Tak |  | --- |
| **Zamrażarka do FFP (-27 do –31 st) (1 szt.)** |
|  | Pojemność 250 l (± 5%) | Tak |  | --- |
|  | Zamrażarka medyczna dedykowana do przechowywania osocza (FFP) i krioprecypitatu z wbudowanym komputerowym rejestratorem temp.(KRT) posiadającym świadectwo wzorcowania i możliwość przesłania temperatury na komputer | Tak |  | --- |
|  | Możliwość połączenia w sieć po interfejsie RS-485 do zewnętrznej rejestracji temperatury i alarmów | Tak |  | --- |
|  | Zakres temperatur od -27 do -31 ºC z dokładnością +/- 1 ºC, alarm dźwiękowy na wypadek awarii wskazujący zbyt wysoką temperaturę (regulowane zakresy) | Tak |  | --- |
|  | 3 półki stalowe | Tak |  | --- |
|  | Drzwi zewnętrzne zamykane na klucz | Tak |  | --- |
|  | System automatycznego odszraniania i odparowywanie kondensatu nie powodujący wahania temperatury w komorze | Tak |  | --- |
|  | Obieg powietrza wymuszony wentylatorem | Tak |  | --- |
|  | 2 platynowe czujniki Pt1-100 i czytelny wyświetlacz cyfrowy pokazujący wewnętrzną temperaturę | Tak |  | --- |
|  | Oświetlenie wewnętrzne uruchamiane automatycznie przy otwarciu drzwi | Tak |  | --- |
|  | Niski poziom hałasu w trakcie pracy | Tak |  | --- |
|  | Przed pierwszym uruchomieniem walidacja potwierdzona stosownym świadectwem | Tak |  | --- |
|  | Urządzenie w przypadku braku zasilania utrzymuje temperaturę (bez otwierania drzwi) minimum 4h | Tak, podać |  | 4h – 0 pktWięcej – 3 pkt |
|  | Zamrażarka musi spełniać wymagania Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie „leczenia krwią w podmiotach leczniczych” | Tak |  | --- |
|  | Zasilanie 230V/50 Hz | Tak |  | --- |
| **Warunki energetyczne urządzenia** |
|  | Tryb niskiego poboru mocy [kW/h] | Podać |  | TAK – 1 pkt.NIE – 0 pkt. |
|  | Instrukcja obsługi zawierająca wskazówki zarządzania wydajnością i energooszczędnością urządzenia | Podać |  | TAK – 1 pkt.NIE – 0 pkt. |
|  | szkolenia dla personelu medycznego i technicznego w zakresie efektywności energetycznej urządzenia(2 medyczne, 1 techniczna) | Podać |  | TAK – 1 pkt.NIE – 0 pkt. |
|  | Certyfikaty producenta potwierdzające wprowadzenie systemu zarządzania produkcji zgodnego z dyrektywami i/lub normami dotyczącymi ekologii, energooszczędności | Podać |  | TAK – 1 pkt.NIE – 0 pkt. |
|  | trwałość produktu rozumiana jako gwarantowany okres pełnego wsparcia serwisowego oraz pełnego dostępu części zamiennych i oprogramowania | Podać |  | TAK – 1 pkt.NIE – 0 pkt. |
|  | możliwość automatycznego przechodzenia urządzenia w tryb czuwania/niskiego poboru mocy | Podać |  | TAK – 1 pkt.NIE – 0 pkt. |

**WARUNKI GWARANCJI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | * + 1. **PARAMETR**
 | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | Okres gwarancji dla wszystkich głównych składników oferty oraz współpracujących z nimi urządzeń [liczba 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. | >= 24 |  | 24 miesiące – 0 pkt.25 i więcej – 5 pkt. |
|  | Gwarancja produkcji części zamiennych [liczba lat] – min. 8 lat  | tak |  | --- |
|  | Przedłużenie okresu gwarancji o każdy dzień trwającej naprawy | tak |  | --- |
|  | Ilość przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy aparatu (w okresie 1 roku) | podać |  | jeden – 5 pkt, więcej – 0 pkt |
|  | Aparat jest lub będzie pozbawiony wszelkich blokad, kodów serwisowych, itp. które po upływie gwarancji utrudniałyby właścicielowi dostęp do opcji serwisowych lub naprawę aparatu przez inny niż Wykonawca umowy podmiot w przypadku nie korzystania przez Zamawiającego z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy | Podać  |  | Tak- 5 pkt.Nie - 0 pkt. |

**Warunki serwisu**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | * + 1. **PARAMETR**
 | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | W cenie oferty - przeglądy okresowe w okresie gwarancji (w częstotliwości i w zakresie zgodnym z wymogami producenta) | tak |  | --- |
|  | Wszystkie czynności serwisowe, w tym przeglądy konserwacyjne, w okresie gwarancji - w ramach wynagrodzenia umownego | tak |  | --- |
|  | Czas reakcji (dotyczy także reakcji zdalnej): „przyjęte zgłoszenie – podjęta naprawa” =< 24 [godz.] | tak |  | --- |
|  | Możliwość zgłoszeń 24h/dobę, 365 dni/rok  | tak |  | --- |
|  | Wymiana każdego podzespołu na nowy po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy | tak |  | --- |
|  | Zakończenie działań serwisowych – najpóźniej w czasie nie dłuższym niż 3 dni roboczych od dnia zgłoszenia awarii, a w przypadku konieczności importu części zamiennych, nie dłuższym niż 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia awarii. | tak |  | --- |
|  | Struktura serwisowa gwarantująca realizację wymogów stawianych w niniejszej specyfikacji – należy podać wykaz serwisów i/lub serwisantów posiadających uprawnienia do obsługi serwisowej oferowanych urządzeń (należy podać dane teleadresowe, sposób kontaktu i liczbę osób serwisu własnego lub podwykonawcy posiadającego uprawnienia do tego typu działalności) | Tak, podać |  | --- |
|  |

**Szkolenia**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | * + 1. **PARAMETR**
 | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | Szkolenia dla personelu medycznego z zakresu obsługi urządzenia (min. 2 osoby)  | Tak |  | --- |
|  | Szkolenia dla personelu technicznego (min. 2 osoby) | Tak |  | --- |

**Dokumentacja**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | * + 1. **PARAMETR**
 | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | Instrukcje obsługi w języku polskim w formie elektronicznej i drukowanej(przekazane w momencie dostawy dla każdego egzemplarza) – dotyczy także urządzeń peryferyjnych | Tak |  | --- |
|  | W cenie urządzenia znajduje się komplet akcesoriów, okablowania itp. asortymentu niezbędnego do uruchomienia i funkcjonowania aparatu jako całości w wymaganej specyfikacją konfiguracji | Tak |  | --- |
|  | Dokumentacja (lub tzw. lista kontrolna zawierająca wykaz części i czynności) dotycząca przeglądów technicznych w języku polskim (dostarczona przy dostawie)UWAGA - dokumentacja musi zapewnić co najmniej pełną diagnostykę urządzenia, wykonywanie drobnych napraw, regulacji, kalibracji, oraz przeglądów okresowych w standardzie wymaganym przez producenta | Tak |  | --- |
|  | Z urządzeniem wykonawca dostarczy paszport techniczny zawierający co najmniej takie dane jak: nazwa, typ (model), producent, rok produkcji, numer seryjny (fabryczny), inne istotne informacje (np. części składowe, istotne wyposażenie, oprogramowanie), kody z aktualnie obowiązującego słownika NFZ (o ile występują) | Tak |  | --- |
|  | Instrukcja konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji dla poszczególnych elementów aparatów. | Tak |  | --- |