**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 2 – STOŁY ZABIEGOWE**

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 znaku „=” oznacza wartość wymaganą.
* Brak odpowiedzi w przypadku pozostałych warunków, punktowany będzie jako 0.
* Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie,
* Wykonawca gwarantuje niniejszym, że sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji 2018) nie jest rekondycjonowany, używany, powystawowy, jest kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów.

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

Producent: ........................................................

Kraj produkcji: ...............................................................

Rok produkcji: .......................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZAMÓWIENIE PODSTAWOWE:** | | | | |
| Przedmiot | | Liczba sztuk | Cena jednostkowa brutto (w zł) | Cena brutto (w zł) |
| 1. | stół zabiegowy - standardowy | 70 |  |  |
| 2. | stół zabiegowy – standardowy (przezierny dla RTG) | 6 |  |  |
|  |  | |  |  |
|  | **A:** Razem cena brutto wszystkich pozycji (w zł) | | |  |
|  | **B:** Cena brutto dostawy sprzętu do nowej siedziby Szpitala (w zł): | | |  |
|  | **C:** Cena brutto instalacji, szkolenia i uruchomienia sprzętu w nowej siedzibie Szpitala (w zł): | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZAMÓWIENIE OPCJONALNE:**  **dostawa sprzętu do magazynu Wykonawcy oraz przechowywania sprzętu w magazynie Wykonawcy nie dłużej niż do 30.11.2019 r.** | | | | | | |
| Przedmiot | | Zakładany czas | Cena brutto miesięcznego przechowywania 1 szt. sprzętu (w zł) | Cena brutto przechowywania 1 szt. sprzętu przez zakładany czas (w zł): | Liczba sztuk | Cena brutto przechowywania wskazanej ilości sprzętu przez zakładany czas (w zł): |
| 1. | stół zabiegowy - standardowy | 14 m-cy |  |  | 70 |  |
| 2. | stół zabiegowy – standardowy (przezierny dla RTG) | 14 m-cy |  |  | 6 |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  | **D:** Cena brutto przechowywania łącznej liczby sztuk sprzętu w magazynie Wykonawcy przez zakładany czas (w zł): | | | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **A+ B + C + D**: Cena brutto oferty (w zł) |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Parametr wymagany/ wartość** | **Parametr oferowany** | **Zasady oceny (punktacji)** |
|  | **stół zabiegowy – standardowy (70 szt.)** |  |  |  |
|  | Stół zabiegowy przeznaczony do przeprowadzania zabiegów o charakterze drobnym i ogólnym. Stół o budowie kolumnowej z przechyłami wzdłużnymi i bocznymi | TAK |  | - - - |
|  | Konstrukcja stołu:  - wykonana ze stali nierdzewnej,  - pokrywa podstawy stołu wykonana ze stali nierdzewnej lub trwałego tworzywa sztucznego odpornego na środki dezynfekcyjne lub stół zabiegowy z ergonomiczną, niezabudowaną (bez osłony) podstawą o konstrukcji ze stali nierdzewnej, której kształt i wykonanie umożliwia łatwy i swobodny dostęp operatora do stołu) lub stół z podstawą wykonaną ze stali nierdzewnej, która dzięki swojej konstrukcji nie wymaga zastosowania dodatkowej pokrywy, która utrudnia dostęp do dezynfekcji elementów podstawy  - z blatem umożliwiającym różnorodne ułożenie pacjenta (pozycja siedząca, półleżąca, leżąca)  *-* konstrukcja umożliwiająca wykonywanie zdjęć RTG | TAK, podać |  | zdjęcia RTG pod wszystkimi segmentami – 5 pkt.  inne rozwiązania – 1 pkt.  osłony kolumny ze stali nierdzewnej lub trwałego tworzywa sztucznego – 3 pkt.  inne rozwiązania – 0 pkt. |
|  | Leże min. 4-segmentowe:   * segment podgłówka, * segment oparcia pleców, * segment siedziska, * segment nóg dzielony wzdłużnie (z możliwością rozchylania obu podnóżków na boki). | TAK, podać |  | - - -  - możliwość zamiany segmentu podgłówka z segmentem nóg – 2 pkt.  - brak w/w rozwiązania – 0 pkt. |
|  | Rozmiary blatu:   * długość całkowita: min. 200 [cm], * szerokość całkowita: min. 50 [cm]. | TAK |  | - - - |
|  | Regulacja wysokości blatu – regulowana pompą hydrauliczną sterowaną nożnie lub elektrycznie [cm] | min.:  81 do ~~95~~ 90 |  | zakres wymagany – 1 pkt.,  wyższy niż wymagany – 2 pkt. |
|  | Regulacja kąta oparcia pleców – regulowany za pomocą sprężyn gazowych z blokadą[°] | min. od ~~-40~~ -35 do ~~+75~~ +60 |  | zakres wymagany – 1 pkt.,  wyższy niż wymagany – 2 pkt. |
|  | Regulacja podgłówka – regulowany za pomocą sprężyn gazowych z blokadą[°] | min. od -40 do +25 |  | zakres wymagany – 1 pkt.,  wyższy niż wymagany – 2 pkt. |
|  | Regulacja podnóżków:   * w pionie – min. - 90 do ~~+10~~ 0 [°] za pomocą sprężyn gazowych  z blokadą | TAK, podać |  | zakres wymagany – 1 pkt.,  wyższy niż wymagany – 2 pkt. |
|  | Regulacja podnóżków w poziomie – min. 0 do + ~~90~~ 60 [°], | TAK, podać |  | zakres wymagany – 1 pkt.,  wyższy niż wymagany – 2 pkt. |
|  | Przechyły wzdłużne:   * Trendelenburga – min. 20 [°], * antyTrendelenburga – min. 10 [°],   regulowane za pomocą sprężyn gazowych z blokadą lub pompą hydrauliczną sterowaną nożnie | TAK, podać |  | zakres wymagany – 1 pkt.,  wyższy niż wymagany – 2 pkt. |
|  | Dopuszczalne obciążenie - podać[kg] | min. 150 |  | więcej niż 200 [kg] – 5 pkt.,  od 180 [kg] do 200 [kg] – 2 pkt.,  mniejsze wartości – 1 pkt. |
|  | Stół mobilny z możliwością blokowania 4 kół ~~oraz funkcją jazdy kierunkowej~~ lub stół zabiegowy posiadający dwa koła kierunkowe od strony nóg oraz z możliwością zablokowania kół zwrotnych od strony głowy | TAK, podać |  | - - -  - stół z funkcją jazdy kierunkowej – 3 pkt.  - bez w/w funkcji – 0 pkt. |
|  | Wyposażenie:   * podpórka ręki na przegubie kulowym o długości min. 44 [cm] lub stół posiadający podpórkę ręki montowaną do szyny bocznej na uchwycie wielopozycyjnym umożliwiającym kątowe ustawienie podpórki w płaszczyźnie poziomej względem blatu stołu, * wieszak kroplówki, * szyna (wykonana ze stali nierdzewnej) na akcesoria. | TAK |  | - - - |
|  | Materac i jego materiał (tapicerka) bezszwowy, o grubości min. ~~5~~ 4 [cm], odporny na mycie i dezynfekcję środkami stosowanymi w ochronie zdrowia lub stół zabiegowy z materacami w formie jednolitego odlewu z poliuretanu o grubości 5cm, odporny na mycie i dezynfekcję środkami stosowanymi w ochronie zdrowia, bez tapicerki. | TAK, podać |  | mocowanie za pomocą pasków żelowych lub szybkozłączek kształtowych – 3 pkt.  inne mocowania (np. rzepy) i inne rozwiązania – 1 pkt. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **stół zabiegowy – standardowy (przezierny dla RTG – 6 szt.)** |  |  |  |
|  | Stół zabiegowy przezierny dla promieniowania RTG z blatem z włókna węglowego. Blat stołu jednosegmentowy bez dodatkowych wzmocnień mogących zakłócać obraz RTG z otworem na twarz pacjenta | TAK |  | - - - |
|  | Udźwig stołu – podać [kg] | >=220 |  | wartość wymagana – 1 pkt.  wyższa niż wymagana – 3 pkt. |
|  | Regulacja pilotem przewodowym następujących pozycji - podać:   * wysokość blatu >= (75-90) [cm] * przechył trendelenburga >= 10 stopni * przechyły boczne >= 10 stopni | TAK |  | - - - |

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia – dotyczy obu typów stołów**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | PARAMETR | **PARAMETR WYMAGANY** | **Parametr oferowany** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | **GWARANCJE** |  |  |  |
|  | Okres pełnej, bez wyłączeń gwarancji dla wszystkich zaoferowanych elementów wraz z urządzeniami peryferyjnymi (jeśli dotyczy)[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 10 lat.* | => 24 |  | Najdłuższy okres – 30 pkt.  Inne – proporcjonalnie mniej względem najdłuższego okresu |
|  | Gwarancja dostępności części zamiennych [liczba lat] – min. 8 lat ~~(peryferyjny sprzęt komputerowy – min. 5 lat – dopuszcza się wymianę na sprzęt lepszy od zaoferowanego)~~ | tak |  | - - - |
|  | W przypadku, gdy w ramach gwarancji następuje wymiana sprzętu na nowy/dokonuje się istotnych napraw sprzętu/wymienia się istotne części sprzętu (podzespołu itp.) termin gwarancji biegnie na nowo. W przypadku zaś  innych napraw przedłużenie okresu gwarancji o każdy dzień w czasie którego Zamawiający nie mógł korzystać z w pełni sprawnego sprzętu | tak |  | - - - |
|  | **WARUNKI SERWISU** |  |  |  |
|  | Zdalna diagnostyka przez chronione łącze z możliwością rejestracji i odczytu online rejestrów błędów, oraz monitorowaniem systemu(uwaga – całość ewentualnych prac i wyposażenia sprzętowego, które będzie służyło tej funkcjonalności po stronie wykonawcy) | podać |  | tak – 3 pkt.  nie – 0 pkt. |
|  | W cenie oferty - przeglądy okresowe w okresie gwarancji (w częstotliwości i w zakresie zgodnym z wymogami producenta).  Obowiązkowy bezpłatny przegląd z końcem biegu gwarancji | tak |  | - - - |
|  | Wszystkie czynności serwisowe, w tym ponowne podłączenie i uruchomienie sprzętu w miejscu wskazanym przez Zamawiającego oraz przeglądy konserwacyjne, w okresie gwarancji - w ramach wynagrodzenia umownego | tak |  | - - - |
|  | Czas reakcji (dotyczy także reakcji zdalnej): „przyjęte zgłoszenie – podjęta naprawa” =< 48 [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 – do 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia awarii, a w przypadku konieczności importu części zamiennych, nie dłuższym niż 10dni roboczych od dnia zgłoszenia awarii. | tak |  | - - - |
|  | Struktura serwisowa gwarantująca realizację wymogów stawianych w niniejszej specyfikacji lub udokumentowana/uprawdopodobniona dokumentami możliwość gwarancji realizacji 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 |  | - - - |
|  | Sprzęt/y będzie/będą pozbawione haseł, kodów, blokad serwisowych, itp., które po upływie gwarancji utrudniałyby Zamawiającemu dostęp do opcji serwisowych lub naprawę sprzętu/ów przez inny niż Wykonawca umowy podmiot, w przypadku nie korzystania przez zamawiającego z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy | tak |  | - - - |
|  | **SZKOLENIA** |  |  |  |
|  | Szkolenia dla personelu medycznego z zakresu obsługi urządzenia (min. 10 osób z możliwością podziału i szkolenia w mniejszych podgrupach) w momencie jego instalacji i odbioru; w razie potrzeby Zamawiającego, możliwość stałego wsparcia aplikacyjnego w początkowym (do 6 -ciu miesięcy) okresie pracy urządzeń (dodatkowe szkolenie, dodatkowa grupa osób, konsultacje, itp.) | tak |  | - - - |
|  | Szkolenia dla personelu technicznego (min. 2 osoby) z zakresu podstawowej diagnostyki stanu technicznego i wykonywania podstawowych czynności konserwacyjnych, diagnostycznych i przeglądowych; w razie potrzeby możliwość stałego wsparcia aplikacyjnego w początkowym (do 6-iu miesięcy) okresie pracy urządzeń (dodatkowe szkolenie, dodatkowa grupa osób, konsultacje, itp.) | tak |  | - - - |
|  | ~~Szkolenia dla personelu informatycznego w celu umożliwienia m. in. zdalnej diagnostyki, wymagań konferencyjnych, wpięcia urządzenia w system gromadzenia dokumentacji medycznej szpitala, diagnostyki i konfiguracji (min. 1 osoba)~~ | ~~tak~~ |  | ~~- - -~~ |
|  | Liczba i okres szkoleń:   * pierwsze szkolenie - tuż po instalacji systemu, w wymiarze do 2 dni roboczych * dodatkowe, w razie potrzeby, w innym terminie ustalonym z kierownikiem pracowni,   Uwaga – szkolenia dodatkowe dla wszystkich grup w co najmniej takiej samej liczbie osób jak podano w powyższych punktach | tak |  | - - - |
|  | **DOKUMENTACJA** |  |  |  |
|  | Instrukcje obsługi w języku polskim w formie elektronicznej i drukowanej (przekazane w momencie dostawy dla każdego egzemplarza) – dotyczy także urządzeń peryferyjnych | tak |  | - - - |
|  | Wykonawca w ramach dostawy sprzętu zobowiązuje się dostarczyć 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 (itp. części składowe, istotne wyposażenie, oprogramowanie), kody z aktualnie obowiązującego słownika NFZ (o ile występują) | tak |  | - - - |
|  | Instrukcja konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji dla zaoferowanych elementów wraz z urządzeniami peryferyjnymi (jeśli dotyczy), dostarczona przy dostawie i wskazująca, że czynności te prawidłowo wykonane nie powodują utraty gwarancji | Tak |  | - - - |
|  | Możliwość mycia i dezynfekcji poszczególnych elementów aparatów w oparciu o przedstawione przez wykonawcę zalecane preparaty myjące i dezynfekujące.  *UWAGA – zalecane środki powinny zawierać nazwy związków chemicznych, a nie tylko nazwy handlowe preparatów.* | Tak |  | - - - |