

(Pieczęć Wykonawcy)

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH

Zakup, dostawę i montaż urządzeń medycznych dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju – powtórka
BZP.38.382-27.16

Po zmianach z dnia 28.09.2016 r

Pakiet 1 - Aparat EKG

Lp.	Nazwa urządzenia	J.m. Ilość	Cena jedn. brutto [pln]	Wartość brutto [pln]	Producent / firma, Typ aparatu, Model	Nazwa i nr dokumentu dopuszczenia do obrotu
1.	Aparat EKG	1 sztuka			Rok produkcji 2016 r	
			RAZEM:			

Opis techniczny przedmiotu zamówienia (parametry techniczne – graniczne)
 Warunki gwarancji, serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego oraz inne wymagania

1. PAKIET 1: Aparat EKG

Lp.	Nazwa parametru	Minimalny warunek wymagany	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
I.	Wymagania podstawowe:			
1.	Urządzenie fabrycznie nowe	2016	TAK, podać	
2.	Aparat EKG 3, 6-cio, 12-to kanałowy z analizą i interpretacją danych z badań		TAK	
3.	Tryb pracy	a. automatyczny b. ręczny	TAK, podać	
4.	Automatyczne wykrywanie załamek P, QRS, T oraz pomiar amplitud wszystkich załamek		TAK	
5.	Pomiar interwałów R-R, P-Q, Q-T oraz czasów trwania P i QRS		TAK	
6.	Pomiar poziomu i nachylenia odcinka ST		TAK	
7.	Ciągły pomiar HR		TAK	
8.	Obliczenie HR		TAK	
9.	Obliczenie osi elektrycznych załamek P, QRS, T		TAK	
10.	Wykrywanie implantowanego kardiostymulatora serca		TAK	
11.	Dźwiękowa sygnalizacja wykrytych pobudzeń		TAK	
12.	Kolorowy wyświetlacz LCD min. 7", umożliwiający jednoczesne wyświetlenie 12 krzywych EKG		TAK	
13.	Aparat wyposażony w klawiaturę alfanumeryczną, funkcyjną oraz panel dotykowy		TAK	
14.	Pamięć wewnętrzna do przechowywania , z możliwością archiwizacji na zewnętrznym nośniku	Min. 1000 zapisów EKG	TAK, podać	
15.	Aparat wyposażony w porty USB	Min. 3	TAK, podać	
16.	Możliwość przesłania wyników badań bezpośrednio z aparatu na dowolny adres email lub inny aparat EKG		TAK	
17.	Komunikacja z siecią LAN/Internet bezprzewodowo (WIFI) oraz przewodowo (ETHERNET)		TAK	
18.	Odbiór zleceń w standardzie HL7 na wykonywanie badań EKG, a po wykonaniu zleconego badania, wysyłanie zaakceptowanego badania do systemu zlecającego		TAK	

Lp.	Nazwa parametru	Minimalny warunek wymagany	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
19.	Cyfrowa filtracja zakłóceń sieciowych		TAK	
20.	Cyfrowa filtracja zakłóceń mięśniowych		TAK	
21.	Cyfrowa filtracja linii izoelektrycznej		TAK	
22.	Drukarka wbudowana w aparat		TAK	
23.	Wydruk na papierze o szerokości	Min. 112 mm	TAK, podać	
24.	Prędkość zapisu	Min. 5; 10; 25; 50 mm/s	TAK, podać	
25.	Czułość wydruku	Min. 2,5; 5; 10; 20 mm/mV	TAK, podać	
26.	Możliwość wydruku bezpośrednio z aparatu na drukarce zewnętrznej, na papierze formatu A4		TAK	
27.	Sygnalizacja odłączonych odprowadzeń		TAK	
28.	Sygnalizacja poziomu naładowania akumulatora		TAK	
29.	Komunikacja w języku polskim		TAK	
II.	Dodatkowo:			
1.	Kabel pacjenta	2 sztuki	TAK, podać	
2.	Elektrody kończynowe	4 sztuki	TAK, podać	
3.	Elektrody przedsercowe przyssawkowe	6 sztuk	TAK, podać	
4.	Rolka papieru dostarczona wraz z aparatem	2 rolki	TAK, podać	
5.	Drukarka laserowa monochromatyczna A4		TAK	
6.	Wózek do aparatu z możliwością blokady kół, wyposażony w minimum jeden pojemnik na akcesoria oraz półkę na drukarkę zewnętrzną A4		TAK	
III.	Warunki gwarancji i serwisu:			
1.	Termin gwarancji , liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego min. 24 miesiące – max 60 miesięcy		TAK, podać	
2.	Dostawa przedmiotowego wyrobu medycznego kompletna, gotowa do eksploatacji bez konieczności ponoszenia przez Zamawiającego jakichkolwiek dodatkowych kosztów		TAK	
3.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie polski		TAK* / NIE * podać adresy oraz telefony kontaktowe	

4.	Przeglądy okresowe wymagane przez Producenta (zgodnie z zaleceniami producenta) w okresie gwarancji (dotyczy robocizny, części niezbędnych do wykonania przeglądu, części zamiennych oraz dojazdu) min. 1 przegląd rocznie, w tym 1 w okresie miesiąca przed upływem gwarancji		TAK, podać	
Lp.	Nazwa parametru	Minimalny warunek wymagany	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
5.	Gwarancja produkcji części zamiennych (ilość lat) min. 10 lat		TAK, podać	
6.	Ograniczenia gwarancji – możliwe przyczyny jej utraty		TAK* / NIE * podać listę ograniczeń gwarancji, przyczyn utraty gwarancji	
7.	Maksymalnie dopuszczalna liczba napraw gwarancyjnych – 3, w przypadku przekroczenia 3 napraw elementu urządzenia w okresie gwarancyjnym wymiana elementu urządzenia na nowy		TAK	
8.	Czas reakcji: przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa , nie dłużej jak 48 godzin (liczone w dniach roboczych) Naprawa serwisowa wykonana w ciągu 72 h (liczone w dniach roboczych) od momentu zgłoszenia awarii; w przypadku przekroczenia terminu, konieczność zaoferowania urządzenia zastępczego o zbliżonych parametrach		TAK	
9.	Dwukrotne szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji oraz personelu technicznego (2 osoby) w zakresie podstawowych czynności sprawdzania stanu technicznego (arkusz oceny technicznej) i podstawowej konserwacji technicznej		TAK	
10.	Możliwość zgłaszania usterek		TAK podać sposób oraz numery telefonów i faksu	
IV.	Warunki serwisu pogwarancyjnego i inne wymagania			
1.	Forma serwisu pogwarancyjnego		TAK, podać	

	D			b) Koszt papieru zł brutto x 14 rolek na rok = zł brutto nazwa, producent, nr katalogowy Całkowity roczny koszt materiałów eksploatacyjnych według gramatury i zużycia Zamawiającego: zł brutto
VI	Żywotność (wydajność) zaoferowanego urządzenia			
1.	Okres użytkowania urządzenia w latach przy założeniu, że urządzenie pracuje średnio 2h dziennie		TAK, podać	Okres użytkowania(lata)

*Zamawiający informuje, że podane przez Wykonawcę zużycie energii elektrycznej w (KWh) w ciągu 1h przez urządzenia zostanie przeliczone według ceny jednostkowej za 1KWh, na podstawie której Zamawiający otrzymał fakturę za zakup energii elektrycznej w miesiącu 06.2016 r. i stawka ta wynosi: 0,34 gr.

** Koszt Cyklu Życia Produktu (koszty eksploatacji)

$$K\dot{Z}P = (A \times C) + (B \times 0,34gr \times 1\ 460h) + (D \times 2\ lata) \quad ***$$

*** Uwaga! **Zamawiający** wylicza wartość wzoru.

Koszt energii elektrycznej będzie obliczony dla zakładanego przez Zamawiającego czasu pracy urządzenia w okresie 2 lat tj. około 1 460h.

Miejscowość,, dnia2016 r.

.....
*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych
 do reprezentowania Wykonawcy*

*(Pieczęć Wykonawcy)*ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH

**Zakup, dostawę i montaż urządzeń medycznych dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju – powtórka
BZP.38.382-27.16**

Po zmianach z dnia 28.09.2016 r

Pakiet 2 – Pompy infuzyjne

Lp.	Nazwa urządzenia	J.m. Ilość	Cena jedn. brutto [pln]	Wartość brutto [pln]	Producent / firma, Typ aparatu, Model	Nazwa i nr dokumentu dopuszczenia do obrotu
1.	Pompy infuzyjne	3 sztuki			Rok produkcji 2016 r	
RAZEM:						

Opis techniczny przedmiotu zamówienia (parametry techniczne – graniczne)
Warunki gwarancji, serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego oraz inne wymagania

1. PAKIET 2 - Pompy infuzyjne

Lp.	Nazwa parametru	Minimalny warunek wymagany	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
I.	Wymagania podstawowe:			
1.	Urządzenie fabrycznie nowe		TAK	
2.	Strzykawka mocowana automatyzowanie (od przodu)		TAK	
3.	Możliwość prowadzenie znieczulania zewnątrzoponowego		TAK	
4.	Możliwość współpracy ze stacją dokującą		TAK	
6.	Zasilanie przy użyciu zasilacza zewnętrznego lub wbudowanego zasilacza wewnętrznego		TAK, podać	
7.	Masa pompy	Max 2,5 kg	TAK, podać	
8.	Odsączalny uchwyt do przenoszenia i mocowania pompy do rur pionowych i poziomych albo uchwyt do przenoszenia i mocowania do rur pionowych i poziomych zintegrowany z pompą,		TAK, podać	
9.	Podświetlany ekran i przyciski z możliwością regulacji na	Min. 9 poziomach	TAK, podać	
10.	Mechanizm blokujący tłok zapobiegający samoczynnemu opróżnianiu strzykawki podczas wymiany		TAK	
11.	Automatyczna funkcja antybolus po okluzji – zabezpieczenie przed podaniem niekontrolowanego bolusa po alarmie okluzji		TAK	
12.	Różne tryby infuzji: - Wzrost – Utrzymanie – Spadek - Programowanie na min. 12 cykli o różnych parametrach, - Podaż okresowa z przerwami, - Dawka w czasie, - Kalkulacja prędkości dawki,		TAK, podać	
13.	Możliwość programowania parametrów infuzji w mg, mcg, U lub mmol, z uwzględnieniem masy ciała lub też nie w odniesieniu do czasu		TAK	
14.	Pompa skalibrowana do pracy ze strzykawkami o objętości:	5, 10, 20 i 50/60 ml różnych typów	TAK, podać	
15.	Szybkość dozowania w zakresie	min od 01 – 999,9 ml/h	TAK, podać	
Lp.	Nazwa parametru	Minimalny warunek wymagany	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)

				opisać
16.	Szybkość dozowania Bolus-a	min. do 1800 ml/h	TAK, podać	
17.	Możliwość utworzenia Bazy Leków używanych w infuzjoterapii na terenie szpitala z możliwością zastosowania do tworzenia Bibliotek Leków na poszczególne Oddziały		TAK	
18.	Leki, zawarte w Bibliotece Leków są powiązane z parametrami infuzji : - limity względne min-max - limity bezwzględne min-max - parametry standardowe		TAK	
19.	Możliwość wyświetlania naprzemiennego nazwy leku i/lub wybranych parametrów infuzji		TAK	
20.	Strzykawki montowane od czoła a nie od góry pompy		TAK	
21.	Bolus manualny i automatyczny		TAK	
22.	Programowanie parametrów podaży Bolus-a (objętość,dawka; czas lub szybkość podaży)		TAK	
23.	Zmiana parametrów Bolus-a bez wstrzymania infuzji		TAK	
24.	Klawiatura numeryczna lub nawigacyjna do wprowadzania wartości parametrów infuzji		TAK	
25.	Menu w języku polskim		TAK	
26.	Możliwość łączenia pomp w moduły bez użycia stacji dokującej – min. 2 pompy		TAK	
27.	Komunikacja pomp umieszczonych w stacji dokującej/ stanowisko pacjenta z komputerem poprzez Ethernet – złącze RJ45		TAK	
28.	Alarm otwartego uchwytu strzykawki, pompa uszkodzona, akumulator rozładowany, pusta strzykawka		TAK	
29.	Mocowanie pojedynczej pompy do statywów oraz stacji dokującej nie wymaga odłączania lub dołączania uchwytu mocującego		TAK	
II	Dodatkowo			
1.	Statyw / Stojak do pomp infuzyjnych - 1 sztuka		TAK	
2.	Zasilacz do pomp - 3 sztuki (jeśli jest konieczny)		TAK/NIE	
3.	Uchwyty do pomp - 3 sztuki (jeśli jest konieczny)		TAK/NIE	
III.	Warunki gwarancji i serwisu:			
1.	Termin gwarancji , liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego min. 24 miesiące – max 60 miesięcy		TAK, podać	
Lp.	Nazwa parametru	Minimalny warunek wymagany	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)

2.	Dostawa przedmiotowego wyrobu medycznego kompletna, gotowa do eksploatacji bez konieczności ponoszenia przez Zamawiającego jakichkolwiek dodatkowych kosztów		TAK	
3.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie polski		TAK* / NIE * podać adresy oraz telefony kontaktowe	
4.	Przeglądy okresowe wymagane przez Producenta (zgodnie z zaleceniami producenta) w okresie gwarancji (dotyczy robocizny, części niezbędnych do wykonania przeglądu, części zamiennych oraz dojazdu) min. 1 przegląd rocznie, w tym 1 w okresie miesiąca przed upływem gwarancji		TAK, podać	
5.	Gwarancja produkcji części zamiennych (ilość lat) min. 10 lat		TAK, podać	
6.	Ograniczenia gwarancji – możliwe przyczyny jej utraty		TAK* / NIE * podać listę ograniczeń gwarancji, przyczyn utraty gwarancji	
7.	Maksymalnie dopuszczalna liczba napraw gwarancyjnych – 3, w przypadku przekroczenia 3 napraw elementu urządzenia w okresie gwarancyjnym wymiana elementu urządzenia na nowy		TAK	
8.	Czas reakcji: przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa , nie dłużej jak 48 godzin (liczone w dniach roboczych) Naprawa serwisowa wykonana w ciągu 72 h (liczone w dniach roboczych) od momentu zgłoszenia awarii; w przypadku przekroczenia terminu, konieczność zaferowania urządzenia zastępczego o zbliżonych parametrach		TAK	
9.	Dwukrotne szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji oraz personelu technicznego (2 osoby) w zakresie podstawowych czynności sprawdzania stanu technicznego (arkusz oceny technicznej) i podstawowej konserwacji technicznej		TAK	
10.	Możliwość zgłaszania usterek		TAK podać sposób oraz numery telefonów i faksu	
Lp.	Nazwa parametru	Minimalny warunek wymagany	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
IV.	Warunki serwisu pogwarancyjnego i inne wymagania			
1.	Forma serwisu pogwarancyjnego		TAK, podać	
2.	Maksymalny czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia awarii do chwili jej usunięcia		TAK, podać ilość dni	

3.	Autoryzowany serwis pogwarancyjny na terenie Polski		TAK * / NIE * podać adresy oraz telefon kontaktowy	
4.	Deklaracja zgodności, CE, wpis / zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych dla oferowanego zestawu		TAK	
5.	Instrukcja użytkowania w języku polskim		TAK	
V.	Koszt Cyklu Życia Produktu (koszty eksploatacji) **		Poniżej należy przedstawić w tym rozdziale dane podstawic do przygotowanego wzoru i wyliczyć	
1.	Koszt przeglądu okresowego na dzień złożenia oferty urządzenia po gwarancji z uwzględnieniem wszystkich materiałów potrzebnych do wykonania przeglądu, robocizny, kosztów dojazdu. W pierwszym roku po okresie gwarancji koszt przeglądu może być większy Maksymilianie o wskaźnik inflacji za okres gwarancji, w pozostałych latach może być większy o wskaźnik za rok poprzedni. A		TAK, podać Całkowity koszt brutto, tj. sumę brutto (nie należy podawać elementów cenotwórczych takich jak: koszt 1r/g, 2 zł za km itp.)brutto
2.	Zużycie energii elektrycznej w ciągu 1h [kWh]* B	[kWh]	TAK, podać	Zużycie energii elektrycznej w ciągu 1h:[kWh]
3.	Zalecana ilość przeglądów w okresie 2 lat C		TAK, podać	Zalecana ilość przeglądów w okresie użytkowania urządzenia.....
VI.	Żywotność (wydajność) zaofertowanego urządzenia		TAK, podać	
1.	Okres użytkowania urządzenia w latach przy założeniu, że urządzenie pracuje średnio 10h dziennie		TAK, podać	Okres użytkowania(lata)

*Zamawiający informuje, że podane przez Wykonawcę zużycie energii elektrycznej w (KWh) w ciągu 1h przez urządzenia zostanie przeliczone według ceny jednostkowej za 1KWh, na podstawie której Zamawiający otrzymał fakturę za zakup energii elektrycznej w miesiącu 06.2016 r. i stawka ta wynosi: 0,34 gr.

** Koszt Cyklu Życia Produktu (koszty eksploatacji)

$$K\dot{Z}P = (A \times C) + (B \times 0,34gr \times 7\ 300h) ***$$

*** Uwaga! **Zamawiający** wycisza wartość wzoru.

Koszt energii elektrycznej będzie obliczony dla zakładanego przez Zamawiającego czasu pracy urządzenia w okresie 2 lat tj. około 7 300h.

Miejscowość,, dnia2016 r.

.....
*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych
do reprezentowania Wykonawcy*

*(Pieczęć Wykonawcy)*ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH

**Zakup, dostawę i montaż urządzeń medycznych dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju – powtórka
BZP.38.382-27.16**

Po zmianach z dnia 28.09.2016 r

Pakiet 4 – Pompy infuzyjne ze stacją dokującą

Lp.	Nazwa urządzenia	J.m. Ilość	Cena jedn. brutto [pln]	Wartość brutto [pln]	Producent / firma, Typ aparatu, Model	Nazwa i nr dokumentu dopuszczenia do obrotu
1.	Pompy infuzyjne ze stacją dokującą	3 sztuki			Rok produkcji 2016 r	
			RAZEM:			

Opis techniczny przedmiotu zamówienia (parametry techniczne – graniczne)
Warunki gwarancji, serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego oraz inne wymagania

Pakiet 4 : Pompy infuzyjne ze stacją dokującą

Lp.	Nazwa parametru	Minimalny warunek wymagany	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
I.	Wymagania podstawowe:			
1.	Urządzenie fabrycznie nowe		TAK	
2.	Strzykawka mocowana automatyzowanie (od przodu)		TAK	
3.	Możliwość prowadzenie znieczulania zewnątrzoponowego		TAK	
4.	Możliwość współpracy ze stacją dokującą		TAK	
6.	Zasilanie przy użyciu zasilacza zewnętrznego, wewnętrznego lub stacji dokującej		TAK	
7.	Masa pompy	Max 2,5 kg	TAK, podać	
8.	Odłączalny lub zintegrowany z pompą uchwyt do przenoszenia i mocowania pompy do rur pionowych i poziomych		TAK, podać	
9.	Podświetlany ekran i przyciski z możliwością regulacji lub podświetlany ekran z możliwością regulacji	Min. 9 poziomach	TAK, podać	
10.	Mechanizm blokujący tłok zapobiegający samoczynnemu opróżnianiu strzykawki podczas wymiany		TAK	
11.	Automatyczna funkcja antybolus po okluzji – zabezpieczenie przed podaniem niekontrolowanego bolusa po alarmie okluzji		TAK	
12.	Różne tryby infuzji: - Wzrost – Utrzymanie – Spadek - Programowanie na min. 12 cykli o różnych parametrach, - Podaż okresowa z przerwami, - Dawka w czasie, - Kalkulacja prędkości dawki,		TAK, podać	
13.	Możliwość programowania parametrów infuzji w mg, mcg, U lub mmol, z uwzględnieniem masy ciała lub też nie w odniesieniu do czasu		TAK	
14.	Pompa skalibrowana do pracy ze strzykawkami o objętości:	5, 10, 20 i 50/60 ml różnych typów	TAK, podać	
15.	Szybkość dozowania w zakresie	min od 01 – 999,9 ml/h	TAK, podać	
16.	Szybkość dozowania Bolus-a	min. do 1800 ml/h	TAK, podać	

17.	Możliwość utworzenia Bazy Leków używanych w infuzjoterapii na terenie szpitala z możliwością zastosowania do tworzenia Bibliotek Leków na poszczególne Oddziały		TAK	
18.	Leki, zawarte w Bibliotece Leków są powiązane z parametrami infuzji : - limity względne min-max - limity bezwzględne min-max - parametry standardowe		TAK	
19.	Możliwość wyświetlania naprzemiennego nazwy leku i/lub wybranych parametrów infuzji		TAK	
20.	Strzykawki montowane od czoła a nie od góry pompy		TAK	
21.	Bolus manualny i automatyczny		TAK	
22.	Programowanie parametrów podaży Bolus-a (objętość,dawka; czas lub szybkość podaży)		TAK	
23.	Zmiana parametrów Bolus-a bez wstrzymania infuzji		TAK	
24.	Klawiatura numeryczna lub nawigacyjna do wprowadzania wartości parametrów infuzji		TAK	
25.	Menu w języku polskim		TAK	
26.	Możliwość łączenia pomp w moduły bez użycia stacji dokującej – min 2pompy		TAK, podać	
27.	Komunikacja pomp umieszczonych w stacji dokującej/ stanowisko pacjenta z komputerem poprzez Ethernet – złącze RJ45		TAK	
28.	Alarm otwartego uchwytu strzykawki, pompa uszkodzona, akumulator rozładowany, pusta strzykawka		TAK	
29.	Mocowanie pojedynczej pompy do statywów oraz stacji dokującej nie wymaga odłączania lub dołączania uchwytu mocującego		TAK	
II.	Stacja dokująca			
1.	Możliwość mocowania min 4 pomp infuzyjnych		TAK	
2.	Mocowanie stacji do pionowych rur, kolumn		TAK	
3.	Zasilanie 230 V AC, 50-60 Hz		TAK	
4.	Zasilanie pomp ze stacji dokującej – automatyczne przyłączenie zasilania po włożeniu pompy		TAK	
5.	System szybkiego mocowania pompy w stacji dokującej – bez konieczności demontażu elementów pompy		TAK	
6.	Możliwość szybkiego wyjęcia ze stacji dowolnej pompy		TAK	
7.	Uchwyt do swobodnego przenoszenia		TAK	
8.	Stacja wyposażona w sygnalizację świetlną		TAK	
III.	Warunki gwarancji i serwisu:			

1.	Termin gwarancji , liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego min. 24 miesiące – max 60 miesięcy		TAK, podać	
2.	Dostawa przedmiotowego wyrobu medycznego kompletna, gotowa do eksploatacji bez konieczności ponoszenia przez Zamawiającego jakichkolwiek dodatkowych kosztów		TAK	
3.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie polski		TAK* / NIE * podać adresy oraz telefony kontaktowe	
4.	Przeglądy okresowe wymagane przez Producenta (zgodnie z zaleceniami producenta) w okresie gwarancji (dotyczy robocizny, części niezbędnych do wykonania przeglądu, części zamiennych oraz dojazdu) min. 1 przegląd rocznie, w tym 1 w okresie miesiąca przed upływem gwarancji		TAK, podać	
5.	Gwarancja produkcji części zamiennych (ilość lat) min. 10 lat		TAK, podać	
6.	Ograniczenia gwarancji – możliwe przyczyny jej utraty		TAK* / NIE * podać listę ograniczeń gwarancji, przyczyn utraty gwarancji	
7.	Maksymalnie dopuszczalna liczba napraw gwarancyjnych – 3, w przypadku przekroczenia 3 napraw elementu urządzenia w okresie gwarancyjnym wymiana elementu urządzenia na nowy		TAK	
Lp.	Nazwa parametru / warunek		Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)

8.	Czas reakcji: przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa , nie dłużej jak 48 godzin (liczone w dniach roboczych) Naprawa serwisowa wykonana w ciągu 72 h (liczone w dniach roboczych) od momentu zgłoszenia awarii; w przypadku przekroczenia terminu, konieczność zaoferowania urządzenia zastępczego o zbliżonych parametrach		TAK	
9.	Dwukrotne szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji oraz personelu technicznego (2 osoby) w zakresie podstawowych czynności sprawdzania stanu technicznego (arkusz oceny technicznej) i podstawowej konserwacji technicznej		TAK	
10.	Możliwość zgłaszania usterek		TAK podać sposób oraz numery telefonów i faksu	
VI.	Warunki serwisu pogwarancyjnego i inne wymagania			
1.	Forma serwisu pogwarancyjnego		TAK, podać	
2.	Maksymalny czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia awarii do chwili jej usunięcia		TAK, podać ilość dni	
3.	Autoryzowany serwis pogwarancyjny na terenie Polski		TAK * / NIE * podać adresy oraz telefon kontaktowy	
4.	Deklaracja zgodności, CE, wpis / zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych dla oferowanego zestawu		TAK	
5.	Instrukcja użytkowania w języku polskim		TAK	
V.	Koszt Cyklu Życia Produktu (koszty eksploatacji) **		Poniżej należy przedstawić w tym rozdziale dane podstawić do przygotowanego wzoru i wyliczyć	
1.	Koszt przeglądu okresowego na dzień złożenia oferty urządzenia po gwarancji z uwzględnieniem wszystkich materiałów potrzebnych do wykonania przeglądu, robocizny, kosztów dojazdu.		TAK, podać Całkowity koszt brutto, tj. sumę brutto (nie należy podawaćbrutto

	W pierwszym roku po okresie gwarancji koszt przeglądu może być większy Maksymilianie o wskaźnik inflacji za okres gwarancji, w pozostałych latach może być większy o wskaźnik za rok poprzedni. A		elementów cenotwórczych takich jak: koszt 1r/g, 2 zł za km itp.)	
2.	Zużycie energii elektrycznej w ciągu 1h [kWh]* B	[kWh]	TAK, podać	Zużycie energii elektrycznej w ciągu 1h:[kWh]
3.	Zalecana ilość przeglądów w okresie 2 lat C		TAK, podać	Zalecana ilość przeglądów w okresie użytkowania urządzenia.....
VI.	Żywotność (wydajność) zaoferowanego urządzenia		TAK, podać	
1.	Okres użytkowania urządzenia w latach przy założeniu, że urządzenie pracuje średnio 10h dziennie		TAK, podać	Okres użytkowania(lata)

*Zamawiający informuje, że podane przez Wykonawcę zużycie energii elektrycznej w (KWh) w ciągu 1h przez urządzenia zostanie przeliczone według ceny jednostkowej za 1KWh, na podstawie której Zamawiający otrzymał fakturę za zakup energii elektrycznej w miesiącu 06.2016 r. i stawka ta wynosi: 0,34 gr.

**** Koszt Cyklu Życia Produktu (koszty eksploatacji)**

$$K\dot{Z}P = (A \times C) + (B \times 0,34gr \times 7\ 300h) \text{ ***}$$

*** Uwaga! Zamawiający wylicza wartość wzoru.

Koszt energii elektrycznej będzie obliczony dla zakładanego przez Zamawiającego czasu pracy urządzenia w okresie 2 lat tj. około 7 300h.

Miejscowość,, dnia2016 r.

.....
podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych
do reprezentowania Wykonawcy

*(Pieczęć Wykonawcy)*ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH

**Zakup, dostawę i montaż urządzeń medycznych dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju – powtórka
BZP.38.382-27.16**

Po zmianach z dnia 28.09.2016 r

Pakiet 5 – Stół operacyjny

Lp.	Nazwa urządzenia	J.m. Ilość	Cena jedn. brutto [pln]	Wartość brutto [pln]	Producent / firma, Typ aparatu, Model	Nazwa i nr dokumentu dopuszczenia do obrotu
1.	Stół operacyjny	1 sztuka			Rok produkcji 2016 r	
RAZEM:						

Opis techniczny przedmiotu zamówienia (parametry techniczne – graniczne)
Warunki gwarancji, serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego oraz inne wymagania

Pakiet 5: Stół operacyjny

Lp.	Nazwa parametru	Minimalny warunek wymagany	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
I.	Wymagania podstawowe:			
1.	Urządzenie fabrycznie nowe		TAK	
2.	Stół do operacji ogólnochirurgicznych		TAK	
3.	<p>Konfiguracja blatu stołu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - podglówek płytowy na całą szerokość blatu, - oparcie pleców z możliwością uzyskania wypiętrzenia klatki piersiowej (dwusegmentowe) lub bez możliwości wypiętrzenia klatki piersiowej lub oparcie pleców dzielone jest w proporcji 1:3 z możliwością mechanicznego wypiętrzenia klatki piersiowej - płyta lędźwiowa, - podnóżki: lewy i prawy. <p>Blat z możliwością zamiany lub bez możliwości zamiany miejscami podnóżków z podglówkiem.</p> <p>Segmenty blatu wyposażone z obu stron w listwy ze stali nierdzewnej, kwasoodpornej do mocowania wyposażenia.</p> <p>Listwy w segmencie oparcia pleców i płycie lędźwiowej wyposażone na obu końcach w ograniczniki zabezpieczające korpusy mocujące wyposażenie przed ich przypadkowym wypadnięciem lub bez powyższych ograniczników</p>		TAK, podać	
4.	Napęd stołu elektrohydrauliczny lub elektromechaniczny bez systemu antykolizyjnego. Stół wyposażony w system antykolizyjny uniemożliwiający (w przypadku funkcji przechyłów bocznych i wzdłużnych przy wypoziomowanym blacie) uderzenie blatu stołu o podłogę i spowodowanie zagrożenia życia pacjenta oraz		TAK	

	uszkodzenia stołu			
5.	Długość stołu z blatem	2050 mm (+/- 20 mm) lub 2160 mm (+/- 50 mm) lub 2100 mm	TAK, podać	
6.	Całkowita szerokość blatu	570 mm (+/- 20 mm) lub 615mm	TAK	
7.	Regulacja wysokości	720 do 1160 mm (+/- 20 mm) lub 550 do 1000 mm (+/- 50 mm) lub od 650 do 1010mm	TAK, podać	
8.	Regulacja oparcia pleców	- 45° do 85° (+/- 15°)	TAK, podać	
9.	Regulacja podglówka	- 55° do 60° (+/- 15°) lub -90° do +60°	TAK, podać	
10.	Przechyły boczne	min. ± 25°	TAK, podać	
11.	Przechył Trendelenburga	min: 30°	TAK, podać	
12.	Przechył anty-Trendelenburga	40° lub 25° lub 30°	TAK, podać	
13.	Regulacja kąta nachylenia podnóżków w płaszczyźnie pionowej	- 90° do 30° (+/- 5°)	TAK, podać	
14.	Przesuw wzdłużny blatu : min. 300 mm realizowany przez napęd elektromechaniczny w celu pełnej współpracy z ramieniem C. Nie dopuszcza się do zaferowania stołów z ręcznym przesuwem wzdłużnym.		TAK, podać	
15.	Regulacja pilotem następujących pozycji: regulacja wysokości regulacja oparcia pleców funkcji flex/reflex (po naciśnięciu i przytrzymaniu jednego, odpowiedniego dla realizowanej funkcji przycisku) wypiętrzenie klatki piersiowej przechyły wzdłużne i boczne pozycji „0” z jednego przycisku- poziomowanie blatu wraz z segmentem oparcia pleców oraz wypiętrzeniem klatki piersiowej przesuw wzdłużny blatu lub - regulacja wysokości - regulacja oparcia pleców - regulacja funkcji flex/reflex po naciśnięciu i		TAK	

	<p>przytrzymaniu odpowiednich dla realizowanej funkcji przycisków</p> <ul style="list-style-type: none"> - regulacja funkcji przechyłów wzdłużnych i bocznych - regulacja pozycji „0” z jednego przycisku -wypiętrzenie klatki piersiowej realizowane mechanicznie lub możliwość poziomowania blatu z pilota poprzez układ elektrohydrauliczny z wyłączeniem wypiętrzenia klatki piersiowej sterowanego mechanicznie <p>Pilot wyposażony we włącznik wszystkich funkcji i dwa przyciski zmiany orientacji blatu w przypadku zamiany miejscami podnóżków z podglówkiem.</p>			
15a.	<p>Możliwość stołu wyposażonego w sterowniki nożne z funkcjami co najmniej regulacji wysokości blatu i regulacji przechyłów wzdłużnych.</p> <p>Lub stół zabiegowy przejezdny z elektro-hydraulicznym systemem blokowania podstawy do podłoża za pomocą wysuwanych stopek, sterowany za pomocą pilota ręcznego</p>		TAK/NIE	
Lp.	Nazwa parametru / warunek		Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
16.	<p>Stół wyposażony w przewodowy pilot z wyświetlaczem LCD. Po włączeniu pilota na wyświetlaczu powinna znajdować się informacja o procentowym stanie naładowania baterii stołu. Przy realizacji poszczególnych funkcji wyświetla się piktogram przedstawiający wykonywany ruch stołu, aktualna wartość regulowanego parametru oraz informacje o błędach i awariach z komentarzem.</p> <p>lub</p> <p>stół operacyjny w którym pilot wyposażony jest w kolorowy wyświetlacz LCD informujący o załączeniu układu sterowania, aktualnie wykonywanym ruchu i jego kierunku oraz stanie naładowania baterii w trzech kolorach /zielony, żółty, czerwony/. Pilot bez informacji wizualnej o błędach i awariach gdyż te sygnalizowane są dźwiękowo</p> <p>lub</p> <p>stół zabiegowy wyposażony w przewodowy pilot z podświetlanymi piktogramami, informacją o stanie naładowania baterii w postaci trzech diod, jednak bez</p>		TAK	

	wyświetlacza LCD tym samym bez wyświetlanych piktogramów przedstawiających wykonywany ruch stołu z aktualną ich wartością oraz bez informacji o ewentualnych błędach i awariach z komentarzem			
17.	Pilot wyposażony w diodową sygnalizację załączenia układu sterowania i diodową sygnalizację konieczności naładowania baterii		TAK,	
18.	Zasilanie bateryjne 24 V – ładowarka wbudowana w podstawę stołu		TAK	
19.	Konstrukcja stołu ze stali nierdzewnej – powierzchnie matowe		TAK	
20.	Podstawa w kształcie litery „T” lub „H” lub w kształcie prostokąta zapewniająca dobry lub nieograniczony dostęp chirurga do blatu stołu		TAK	
21.	Stół przejezdny - mobilny z mechanicznym systemem blokowania podstawy		TAK	
22.	Regulacja podglówka oraz podnóżków wspomagana sprężynami gazowymi z blokadą lub regulacja podglówka realizowana poprzez mechanizm zapadkowy		TAK	
23.	Płyta oparcia pleców dzielona w proporcji 1:2 z możliwością elektrohydraulicznego wypiętrzenia klatki piersiowej sterowanego z pilota – zarówno wypiętrzenie jak i ponowne poziomowanie blatu („zerowanie” wypiętrzenia) sterowane z pilota lub możliwość poziomowania blatu z pilota poprzez układ elektrohydrauliczny z wyłączeniem wypiętrzenia klatki piersiowej sterowanego mechanicznie		TAK	
24.	Blat przenikalny dla promieni RTG z możliwością wykonywania zdjęć RTG oraz możliwością monitorowania pacjenta przy pomocy ramienia C (przesuw min. 310 mm)– przewodnice na kasetę RTG co najmniej w segmencie podglówka, oparcia pleców i siedziska.		TAK	
25.	Materace o właściwościach antybakteryjnych, bezszwowe, antystatyczne, demontowane, wykonane z pianki poliuretanowej spienionej. Materace mogą, ale nie muszą mieć funkcji mocowania do konstrukcji blatu. Lub		TAK	

	materace o właściwościach antybakteryjnych, bezszwowe, demontowane, wykonane z pianki poliuretanowej spienionej, pokryte materiałem antystatycznym			
26.	Dopuszczalne obciążenie (w każdej pozycji)	min. 200 kg	TAK, podać	
Lp.	Nazwa parametru / warunek		Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
27.	Wyposażenie stołu : - miska urologiczna z odpływem, wykonana ze stali nierdzewnej, montowana w miejsce podnóżków – 1 szt. - podkolanniki, do podpierania nóg w pozycji leżącej lub siedzącej – 1 komplet - podpórka ręki, do podpierania ręki w pozycji leżącej pacjenta, z możliwością obrotu w płaszczyźnie poziomej – 1 szt. - ramka ekranu ze stali nierdzewnej, z regulacją wysokości i obrotu wokół osi pionowej – 1 szt. - wieszak kroplówki montowany do szyny bocznej stołu – 1 szt.		TAK, podać	
28.	Powierzchnie stołu odporne na środki dezynfekcyjne		TAK	
III.	Warunki gwarancji i serwisu:			
1.	Termin gwarancji , liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego min. 24 miesiące – max 60 miesięcy		TAK, podać	
2.	Dostawa przedmiotowego wyrobu medycznego kompletna, gotowa do eksploatacji bez konieczności ponoszenia przez Zamawiającego jakichkolwiek dodatkowych kosztów		TAK	
3.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie polski		TAK* / NIE * podać adresy oraz telefony kontaktowe	
4.	Przeglądy okresowe wymagane przez Producenta (zgodnie z zaleceniami producenta) w okresie gwarancji (dotyczy robocizny, części niezbędnych do wykonania przeglądu, części zamiennych oraz dojazdu) min. 1 przegląd rocznie, w tym 1 w okresie miesiąca przed upływem gwarancji		TAK, podać	

5.	Gwarancja produkcji części zamiennych (ilość lat) min. 10 lat		TAK, podać	
6.	Ograniczenia gwarancji – możliwe przyczyny jej utraty		TAK* / NIE * podać listę ograniczeń gwarancji, przyczyn utraty gwarancji	
Lp.	Nazwa parametru / warunek		Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
7.	Maksymalnie dopuszczalna liczba napraw gwarancyjnych – 3, w przypadku przekroczenia 3 napraw elementu urządzenia w okresie gwarancyjnym wymiana elementu urządzenia na nowy		TAK	
8.	Czas reakcji: przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa , nie dłużej jak 48 godzin (liczone w dniach roboczych) Naprawa serwisowa wykonana w ciągu 72 h (liczone w dniach roboczych) od momentu zgłoszenia awarii; w przypadku przekroczenia terminu, konieczność zaoferowania urządzenia zastępczego o zbliżonych parametrach		TAK	
9.	Dwukrotne szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji oraz personelu technicznego (2 osoby) w zakresie podstawowych czynności sprawdzania stanu technicznego (arkusz oceny technicznej) i podstawowej konserwacji technicznej		TAK	
10.	Możliwość zgłaszania usterek		TAK podać sposób oraz numery telefonów i faksu	
IV.	Warunki serwisu pogwarancyjnego i inne wymagania			
1.	Forma serwisu pogwarancyjnego		TAK, podać	
2.	Maksymalny czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia awarii do chwili jej usunięcia (minimum 1 dzień – maksimum 5 dni)		TAK, podać ilość dni – parametr podlega ocenie zgodnie z 14 SIWZ	
3.	Autoryzowany serwis pogwarancyjny na terenie Polski		TAK * / NIE * podać adresy oraz telefon kontaktowy	

4.	Deklaracja zgodności, CE, wpis / zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych dla oferowanego zestawu		TAK	
5.	Instrukcja użytkowania w języku polskim		TAK	

V	Koszt Cyklu Życia Produktu (koszty eksploatacji) **		Poniżej należy przedstawić w tym rozdziale dane podstawic do przygotowanego wzoru i wyliczyć	
1	Koszt przeglądu okresowego na dzień złożenia oferty urządzenia po gwarancji z uwzględnieniem wszystkich materiałów potrzebnych do wykonania przeglądu, robocizny, kosztów dojazdu. W pierwszym roku po okresie gwarancji koszt przeglądu może być większy Maksymilianie o wskaźnik inflacji za okres gwarancji, w pozostałych latach może być większy o wskaźnik za rok poprzedni. A		TAK, podać Całkowity koszt brutto, tj. sume brutto (nie należy podawać elementów cenotwórczych takich jak: koszt 1r/g, 2 zł za km itp.)brutto
2	Zużycie energii elektrycznej w ciągu 1h [kWh]* B	[kWh]	TAK, podać	Zużycie energii elektrycznej w ciągu 1h:[kWh]
3	Zalecana ilość przeglądów w okresie 2 lat C		TAK, podać	Zalecana ilość przeglądów w okresie użytkowania urządzenia.....
V I.	Żywotność (wydajność) zaofertowanego urządzenia		TAK, podać	
1	Okres użytkowania urządzenia w latach przy założeniu, że urządzenie pracuje średnio 8h dziennie		TAK, podać	Okres(lata) użytkowania

*Zamawiający informuje, że podane przez Wykonawcę zużycie energii elektrycznej w (KWh) w ciągu 1h przez urządzenia zostanie przeliczone według ceny jednostkowej za 1KWh, na podstawie której Zamawiający otrzymał fakturę za zakup energii elektrycznej w miesiącu 06.2016 r. i stawka ta wynosi: 0,34 gr.

** Koszt Cyklu Życia Produktu (koszty eksploatacji)

$$K\dot{Z}P = (A \times C) + (B \times 0,34gr \times 5\ 840h) ***$$

Koszt energii elektrycznej będzie obliczony dla zakładanego przez Zamawiającego czasu pracy urządzenia w okresie 2 lat tj. około 5 840h.

Miejscowość,, dnia2016 r.

.....
*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych
do reprezentowania Wykonawcy*

(Pieczęć Wykonawcy)

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH

Zakup, dostawę i montaż urządzeń medycznych dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju – powtórka
BZP.38.382-27.16

Po zmianach z dnia 28.09.2016 r

Pakiet 6 – Lampa operacyjna

Lp.	Nazwa urządzenia	J.m. Ilość	Cena jedn. brutto [pln]	Wartość brutto [pln]	Producent / firma, Typ aparatu, Model	Nazwa i nr dokumentu dopuszczenia do obrotu
1.	Lampa operacyjna	1 sztuka			Rok produkcji 2016 r	
RAZEM:						

Dodatkowe informacje:

1. Strop w miejscu montażu lampy może być obciążony ciężarem min 50 kg.
2. Dopuszczalny jest tylko montaż lampy poprzez przewiercenie stropu na wylot i montaż dwóch płyt stropowych – nad i pod stropem.
3. Strop wykonany jest z materiału: Ackermana grubość 25 cm + warstwy podłogowe.
4. Wysokość od podłogi do stropu właściwego: 298 cm,
5. Sufit podwieszany w miejscu montażu lampy będzie modułowy higieniczny.
6. Wysokość od podłogi do sufitu podwieszanego: 283 cm,
7. W miejscu montażu lampy obecnie nie ma zamontowanej innej lampy.
8. W miejscu montażu lampy nie będzie montażu nawiewu laminarnego.
9. W miejscu montażu lampy będą doprowadzone przewody zasilające – 2 linie 3x2,5 mm² do zasilacza, a od zasilacza do lampy 3x6mm² (Cu).
10. Jedna z linii doprowadzana do lampy jest zasilaniem awaryjnym.
11. Instalacja będzie wykonana w ramach aktualnie wykonywanej inwestycji tj.: „Modernizacja oddziału urologii, dostosowanie sal jednoosobowych w oddziałach medycznych do osób niepełnosprawnych, dostawa i montaż drzwi przeciwpożarowych nr sprawy: BZP.38.382.-26.16”
12. W pomieszczeniu przewidziano zasilanie rezerwowe 230V.
13. Istnieje dojsćie na poziomie piętra V – istniejąca sala chorych.

Opis techniczny przedmiotu zamówienia (parametry techniczne – graniczne)
Warunki gwarancji, serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego oraz inne wymagania

Pakiet 6: Lampa operacyjna

Lp	Nazwa parametru	Minimalny warunek wymagany	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
I.	Wymagania podstawowe:			
1.	Urządzenie fabrycznie nowe		TAK	
2.	Lampa operacyjna, jednokopułowa		TAK	
3.	Kopuła na ramieniu dzielonym – część prostowodowa oraz uchylna – z możliwością regulacji wysokości kopuły od podłogi. Węzły ramion umożliwiające obrót o 360°		TAK, podać	
4.	Kopuła w kształcie trójkąta równoramiennego ze ściętymi wierzchołkami. lub kopuła w kształcie koła, o średnicy 63 cm lub kopuła w kształcie wieloboku, która składa się z 6 segmentów świetlnych wpisanych w okrąg z wolnymi przestrzeniami pomiędzy pięcioma segmentami ułatwiającymi pracę nawiewu laminarnego		TAK	
5.	Kopuła wyposażona w min. 2 tzw. „brudne uchwyty” umożliwiające wygodną zmianę położenia kopuły. Uchwyty ergonomiczne, nie wystające poza obrys kopuły		TAK, podać	
6.	Ośłona kopuły oraz tzw. „brudne uchwyty” wykonane z tworzywa wytworzonego z użyciem nanotechnologii srebra lub bez wykorzystania nanotechnologii srebra powodującej hamowanie namnażania się bakterii i wirusów lub wykonane są ze stopów metali lekkich- aluminium. lub wykonane z tworzywa sztucznego gładkiego, bez użycia nanotechnologii srebra hamującej namnażanie się bakterii i wirusów		TAK	
7.	Kopuła przynajmniej z 3 wyraźnie oddzielnymi od siebie panelami diodowymi (min 28 diod w każdym panelu) lub kopuła złożona 6 wyraźnie oddzielonych od siebie paneli diodowych zawierających 15 diod w każdym panelu Lub lub kopuła z 6 modułów diodowych, z których moduły zewnętrzne posiadają po 16 diod LED a moduł		TAK, podać	

	środkowy 15 diod LED			
8.	Kopuła przystosowana do nawiewu laminarnego lub z nawiewem laminarnym o konstrukcji zwartej i jednorodnej w kształcie koła		TAK	
9.	Wymiary kopuły: - szerokość: - odległość od czoła lampy do mocowania ramienia	Max 70 cm Max 55 cm	TAK, podać	
10.	Regulacja wielkości pola świetlnego za pomocą centralnego, sterylizowanego uchwyty lub za pomocą dwóch niezależnych paneli umieszczonych na kopule po przeciwnych jej stronach.		TAK	
11.	Regulacja natężenia oświetlenia z klawiatury umieszczonej na ramieniu lampy lub regulacją natężenia oświetlenia realizowaną w zakresie od 5 do 100% w 6 stopniach z klawiatury umieszczonej na ramieniu lampy		TAK	
12.	Regulacja temperatury barwowej z klawiatury umieszczonej na ramieniu lampy lub regulacja temperatury barwowej za pomocą dwóch niezależnych paneli umieszczonych na kopule po przeciwnych jej stronach		TAK	
13.	Natężenie oświetlenia	min. 160 000 lx	TAK, podać	
14.	Współczynnik oddawania barw Ra	min. 93	TAK, podać	
15.	Średnica pola operacyjnego realizowana w sposób płynny w zakresie	min. 24 do 32 cm lub 20-30 cm i 14-20 cm lub od 20 do 42cm	TAK, podać	
16.	Temperatura barwowa regulowana w zakresie	min. 3900 do 4700 K lub 3800-4800K lub od 3100 do 4600K lub od 4000 do 4800K	TAK, podać	
17.	Zakres pracy bez konieczności ogniskowania (głębokość oświetlenia)	min. 70-140 cm	TAK, podać	
18.	Źródło światła: białe diody LED		TAK	
19.	Żywotność źródła światła	min. 50 000h	TAK	
20.	Regulacja wartości natężenia oświetlenia realizowana elektronicznie w sposób płynny		TAK	
21.	Lampa z tzw. funkcją światła endoskopowego (emisja zielonego światła o niskim natężeniu lub światła endoskopowego emitującego światło białe) lub poprzez obniżenie natężenia oświetlenia poniżej 25% jego wartości. Aktywacja funkcji światła endoskopowego z klawiatury umieszczonej na ramieniu lampy lub umieszczony przy głowicy lampy a nie na ramieniu		TAK, podać	

22.	Lampa dostosowana do zasilania podstawowego 230V, 50/60 Hz oraz sieci awaryjnej 230V, 50/60 Hz		TAK	
23.	Zasilacz lampy wyposażone w układ automatycznego przełączania na sieć awaryjną, w przypadku zaniku napięcia w sieci głównej.		TAK	
24.	Wszystkie elementy potrzebne do montażu (śruby itp)		TAK	
II.	Warunki gwarancji i serwisu:			
1.	Termin gwarancji , liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego min. 24 miesiące max 60 miesięcy		TAK, podać	
2.	Dostawa przedmiotowego wyrobu medycznego kompletna, gotowa do eksploatacji bez konieczności ponoszenia przez Zamawiającego jakichkolwiek dodatkowych kosztów		TAK	
3.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie polski		TAK* / NIE * podać adresy oraz telefony kontaktowe	
4.	Przeglądy okresowe wymagane przez Producenta (zgodnie z zaleceniami producenta) w okresie gwarancji (dotyczy robocizny, części niezbędnych do wykonania przeglądu, części zamiennych oraz dojazdu) min. 1 przegląd rocznie, w tym 1 w okresie miesiąca przed upływem gwarancji		TAK, podać	
5.	Gwarancja produkcji części zamiennych (ilość lat) min. 10 lat		TAK, podać	
6.	Ograniczenia gwarancji – możliwe przyczyny jej utraty		TAK* / NIE * podać listę ograniczeń gwarancji, przyczyn utraty gwarancji	
7.	Maksymalnie dopuszczalna liczba napraw gwarancyjnych – 3, w przypadku przekroczenia 3 napraw elementu urządzenia w okresie gwarancyjnym wymiana elementu urządzenia na nowy		TAK	
8.	Czas reakcji: przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa , nie dłużej jak 48 godzin (liczone w dniach roboczych) Naprawa serwisowa wykonana w ciągu 72 h (liczone w dniach roboczych) od momentu zgłoszenia awarii; w przypadku przekroczenia terminu, konieczność zaoferowania urządzenia zastępczego o zbliżonych parametrach		TAK	

9.	Dwukrotne szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji oraz personelu technicznego (2 osoby) w zakresie podstawowych czynności sprawdzania stanu technicznego (arkusz oceny technicznej) i podstawowej konserwacji technicznej		TAK	
10.	Możliwość zgłaszania usterek		TAK podać sposób oraz numery telefonów i faksu	
III.	Warunki serwisu pogwarancyjnego i inne wymagania			
1.	Forma serwisu pogwarancyjnego		TAK, podać	
2.	Maksymalny czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia awarii do chwili jej usunięcia (minimum 1 dzień – maksimum 5 dni)		TAK, podać ilość dni – parametr podlega ocenie zgodnie z 14 SIWZ	
3.	Autoryzowany serwis pogwarancyjny na terenie Polski		TAK * / NIE * podać adresy oraz telefon kontaktowy	
4.	Deklaracja zgodności, CE, wpis / zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych dla oferowanego zestawu		TAK	
5.	Instrukcja użytkowania w języku polskim		TAK	

V	Koszt Cyklu Życia Produktu (koszty eksploatacji) **		Poniżej należy przedstawić w tym rozdziale dane podstawic do przygotowanego wzoru i wyliczyć	
1	Koszt przeglądu okresowego na dzień złożenia oferty urządzenia po gwarancji z uwzględnieniem wszystkich materiałów potrzebnych do wykonania przeglądu, robocizny, kosztów dojazdu. W pierwszym roku po okresie gwarancji koszt przeglądu może być większy Maksymilianie o wskaźnik inflacji za okres gwarancji, w pozostałych latach może być większy o wskaźnik za rok poprzedni. A		TAK, podać Całkowity koszt brutto, tj. sumę brutto (nie należy podawać elementów cenotwórczych takich jak: koszt 1r/g, 2 zł za km itp.)brutto
2	Zużycie energii elektrycznej w ciągu 1h [kWh]* B	[kWh]	TAK, podać	Zużycie energii elektrycznej w ciągu 1h:[kWh]
3	Zalecana ilość przeglądów w okresie 2 lat C		TAK, podać	Zalecana ilość przeglądów w okresie użytkowania urządzenia.....

V I ·	Żywotność (wydajność) zaoferowanego urządzenia		TAK, podać	
1 ·	Okres użytkowania urządzenia w latach przy założeniu, że urządzenie pracuje średnio 8h dziennie		TAK, podać	Okres użytkowania(lata)

*Zamawiający informuje, że podane przez Wykonawcę zużycie energii elektrycznej w (KWh) w ciągu 1h przez urządzenia zostanie przeliczone według ceny jednostkowej za 1KWh, na podstawie której Zamawiający otrzymał fakturę za zakup energii elektrycznej w miesiącu 06.2016 r. i stawka ta wynosi: 0,34 gr.

**** Koszt Cyklu Życia Produktu (koszty eksploatacji)**

$$\text{KŻP} = (A \times C) + (B \times 0,34\text{gr} \times 5\,840\text{h}) \text{***}$$

*** Uwaga! Zamawiający wylicza wartość wzoru.

Koszt energii elektrycznej będzie obliczony dla zakładanego przez Zamawiającego czasu pracy urządzenia w okresie 2 lat tj. około 5 840h.

Miejscowość,, dnia2016 r.

.....
*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych
do reprezentowania Wykonawcy*

(Pieczęć Wykonawcy)

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH

Zakup, dostawę i montaż urządzeń medycznych dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju – powtórka
BZP.38.382-27.16

Po zmianach z dnia 28.09.2016 r

Pakiet 8 – Aparat RTG z ramieniem C

Lp.	Nazwa urządzenia	J.m. Ilość	Cena jedn. brutto [pln]	Wartość brutto [pln]	Producent / firma, Typ aparatu, Model	Nazwa i nr dokumentu dopuszczenia do obrotu
1.	Aparat RTG z ramieniem C	1 sztuka			Rok produkcji 2016 r	
			RAZEM:			

Opis techniczny przedmiotu zamówienia (parametry techniczne – graniczne)
Warunki gwarancji, serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego oraz inne wymagania

Pakiet nr 8 - Aparat RTG z ramieniem C

Lp	Nazwa parametru	Minimalny warunek wymagany	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
I.	Wymagania podstawowe:			
1.	Urządzenie fabrycznie nowe		TAK	
II.	Generator:		TAK	
1	Zasilanie jednofazowe	230V / 50-60 Hz	TAK, podać	
2	Moc generatora	Min. 2 kW	TAK, podać	
3	Typ generatora, wysokiej częstotliwości	Min. 40 kHz dla wszystkich trybów pracy lub w zakresie 29 – 44 kHz w zależności od trybu pracy	TAK, podać	
4	Prąd skopi ciągłej / impulsowej	Min. 4 mA	TAK, podać	
5	Radiografia cyfrowa		TAK, podać	
6	Prąd radiografii analogowej	Min. 20 mA	TAK, podać	
7	Układ minimalizujący dawkę przy skopi	Min. 50%	TAK, podać	
8	Zakres napięć fluroskopii i radiografii	40-110 kV	TAK, podać	
9	Automatyka doboru parametrów skopi		TAK	
III.	Lampa		TAK	
1	Lampa ze stacjonarną anodą		TAK, podać	
2	Ilość ognisk	Min. 2	TAK, podać	
3	Totalna filtracja, dodatkowy filtr Cu	Min. 4 mm Al	TAK, podać	
4	Wymiary małego ogniska	Max. 0,6 mm	TAK	
5	Wymiary dużego ogniska	Min. 1,0 mm	TAK	
6	Pojemność cieplna anody	Min. 37,3kHU	TAK, podać	
7	Pojemność cieplna kołpaka	Min 1 100 KHU	TAK, podać	
8	Szybkość chłodzenia anody	Min 50 KHU/min	TAK, podać	
9	Kolimator typu IRIS		TAK	
10	Kolimator szczelinowy z rotacją		TAK	

IV	Wózek z ramieniem C		TAK	
1	Głębokość ramienia	Min 66 cm	TAK, podać	
2	Odległość kotłak – wzmacniacz obrazu	Min 75 cm	TAK, podać	
3	Odległość SID	Min 96 cm	TAK, podać	
4	Zakres ruchu poziomego ramienia C	Min 20 cm	TAK, podać	
5	Zakres ruchu pionowego ramienia C	Min 42 cm	TAK, podać	
6	Zmotoryzowany ruch pionowy		TAK	
7	Całkowity zakres obrotu ramienia wokół osi poziomej	Min. +/- 190°	TAK, podać	
8	Zakres ruchu orbitalnego	Min 130°	TAK, podać	
9	Ramię C zbalansowane w każdej pozycji, po zwolnieniu hamulców ramię pozostaje w niezmiennym położeniu		TAK	
10	Urządzenie zabezpieczające przed najeżdżaniem na leżące przewody		TAK	
11	Wielofunkcyjna pojedyncza dźwignia służąca jako hamulec oraz sterowanie kołami aparatu lub z pojedynczą dźwignią do sterowania kołami aparatu oraz osobnym hamulcem przy kołach		TAK	
12	Wielofunkcyjny programowalny pedał z minimum 4 trybami pracy, koniecznie z możliwością włączania promieniowania i zapisu lub z dwudzielnym przyciskiem nożnym do wyzwiania fluoroskopii ciągłej, impulsowej, radiografii cyfrowej oraz z możliwością zapisu obrazu w zależności od wybranego na ramieniu C trybu pracy		TAK, podać	
13	Ramię C wyważone w każdej pozycji		TAK	
V	Wzmacniacz obrazu		TAK	
1	Średnica nominalna	Min 9" (23 cm)	TAK, podać	
2	Ilość pól wzmacniacza	Min 2	TAK, podać	
3	Uchwyt na wzmacniaczu obrazu		TAK	
VI	Monitor, tor wizyjny		TAK	
1	Prezentacja obrazu żywego i referencyjnego jednocześnie podczas zabiegu		TAK	
2	Luminacja	Min. 300 cd/m ²	TAK, podać	
3	Autotransfer obrazu		TAK	
4	Kąt widzenia obrazu	Min 170°,	TAK, podać	
5	Stacja monitorowa stanowiąca jednocześnie stację archiwizacyjną łączona z RTG z ramieniem C jednym		TAK	

	wielożyłowym kablem zakończonym w wielostykową wtykę o dłuższej wytrzymałości łączniowej			
6	Wyjście do podłączenia dodatkowego monitora lub systemów nawigacji znajdującej się w stacji monitorowej		TAK	
7	Ilość obrazów wyświetlana jednocześnie na monitorze	Min 12 obrazów,	TAK, podać	
8	Matryca obrazu zapamiętanego	Min 1024x1024	TAK, podać	
9	Głębina obrazu w procesingu	Min. 14 bit	TAK, podać	
10	Pojemność pamięci na dysku twardym wbudowanym w wózek z monitorami	Min. 8000 obrazów	TAK, podać	
11	Archiwizacja poprzez port USB(nie wymaga archiwizacji po przez port USB w standardzie DICOM, archiwizacja w standardzie DICOM odbywać się będzie poprzez podłączenie do systemu PACS firmy Alteris)		TAK	
12	Automatyka parametrów fluroskopii		TAK	
13	ZOOM	Min. x2	TAK, podać	
14	Cyfrowe odwracanie obrazu góra/dół, na lewo prawo na lewym jak i na prawym monitorze lub cyfrowym odwracaniem obrazu góra/dół, na prawo/na lewo na lewym monitorze.		TAK	
15	Obrót obrazu, cyfrowy bez ograniczeń kąta i kierunku obrotu		TAK	
16	Automatyczna regulacja jasności monitora w zależności od oświetlenia		TAK/NIE	
17	Układ pomiaru dawki z wyświetlaczem cyfrowym i archiwizacją dawki na zdjęciu, na monitorze, w pamięci aparatu		TAK	
18	Wbudowany w wózek monitorowy videoprinter		TAK	
19	Możliwość pracy stacji monitorowe niezależnie od ramienia C w celu archiwizacji zdjęć poza salą zabiegową lub obróbka lub ramię C i stacja monitorów zawsze pracują razem połączone		TAK	
19a	Możliwość skopii pulsacyjnej min. 8p/s.		TAK/NIE	
20	Celownik laserowy od strony wzmacniacza obrazu		TAK	

VII. Warunki gwarancji i serwisu:				
1.	Termin gwarancji , liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego min.24 miesiące max 60 miesięcy		TAK, podać	
2.	Dostawa przedmiotowego wyrobu medycznego kompletna, gotowa do eksploatacji bez konieczności ponoszenia przez Zamawiającego jakichkolwiek dodatkowych kosztów		TAK	
3.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie polski		TAK* / NIE * podać adresy oraz telefony kontaktowe	
Lp	Nazwa parametru / warunek		Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
4.	Przeglądy okresowe wymagane przez Producenta (zgodnie z zaleceniami producenta) w okresie gwarancji (dotyczy robocizny, części niezbędnych do wykonania przeglądu, części zamiennych oraz dojazdu) min. 1 przegląd rocznie, w tym 1 w okresie miesiąca przed upływem gwarancji		TAK, podać	
5.	Gwarancja produkcji części zamiennych (ilość lat) min. 10 lat z wyłączeniem sprzętu IT i oprogramowania z dostępnością części zamiennych w okresie 5 lat		TAK, podać	
6.	Ograniczenia gwarancji – możliwe przyczyny jej utraty		TAK* / NIE * podać listę ograniczeń gwarancji, przyczyn utraty gwarancji	
7.	Maksymalnie dopuszczalna liczba napraw gwarancyjnych – 3, w przypadku przekroczenia 3 napraw elementu urządzenia w okresie gwarancyjnym wymiana elementu urządzenia na nowy		TAK	
8.	Czas reakcji: przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa , nie dłużej jak 48 godzin. (liczone w dniach roboczych) Naprawa serwisowa wykonana w ciągu 72 h (liczone w dniach roboczych) od momentu zgłoszenia awarii; w przypadku przekroczenia terminu, konieczność zaoferowania urządzenia zastępczego o zbliżonych parametrach		TAK	

9.	Dwukrotne szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji oraz personelu technicznego (2 osoby) w zakresie podstawowych czynności sprawdzania stanu technicznego (arkusz oceny technicznej) i podstawowej konserwacji technicznej		TAK	
10.	Możliwość zgłaszania usterek		TAK podać sposób oraz numery telefonów i faksu	
VIII	Warunki serwisu pogwarancyjnego i inne wymagania			
1.	Forma serwisu pogwarancyjnego		TAK, podać	
2.	Maksymalny czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia awarii do chwili jej usunięcia (minimum 1 dzień – maksimum 5 dni)		TAK, podać ilość dni– parametr podlega ocenie zgodnie z 14 SIWZ	
3.	Autoryzowany serwis pogwarancyjny na terenie Polski		TAK * / NIE * podać adresy oraz telefon kontaktowy	
Lp	Nazwa parametru / warunek		Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
4.	Deklaracja zgodności, CE, wpis / zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych dla oferowanego zestawu		TAK	
5.	Instrukcja użytkownika w języku polskim		TAK	
VII I	Dodatkowe:			
1	Przeprowadzenie testów akceptacyjnych, dostarczenie zamawiającemu		TAK	
2	Fartuch ochronny, przód 0,5 mm PB, tył 0,25 mm PB, różne rozmiary uzgodnione z Zamawiającym – 3 komplety		TAK	
3	Kołnierz na tarczyce 0,5 mm PB – 3 sztuki		TAK	
4	Okulary ochronne z osłoną boczną – 1mm Pb – 3 sztuki lub 0,75 mm Pb		TAK	
5	Rękawice ochronne – 3 komplety		TAK	
6	Podłączenie aparatu do PACS w celu archiwizacji badań, Zamawiający posiada PACS firmy Alteris(Zamawiający dysponuje odpowiednimi licencjami na serwerze PACS)		TAK	

I X .	Koszt Cyklu Życia Produktu (koszty eksploatacji) **		Poniżej należy przedstawić w tym rozdziale dane podstawić do przygotowanego wzoru i wyliczyć	
1 .	Koszt przeglądu okresowego na dzień złożenia oferty urządzenia po gwarancji z uwzględnieniem wszystkich materiałów potrzebnych do wykonania przeglądu, robocizny, kosztów dojazdu. W pierwszym roku po okresie gwarancji koszt przeglądu może być większy Maksymilianie o wskaźnik inflacji za okres gwarancji, w pozostałych latach może być większy o wskaźnik za rok poprzedni. A		TAK, podać <u>całkowity koszt brutto, tj. sumę brutto</u> (nie należy podawać elementów cenotwórczych takich jak: koszt 1 r/g, 2 zł za km itp.)brutto
2 .	Zużycie energii elektrycznej w ciągu 1h [kWh]* B		TAK, podać	Zużycie energii elektrycznej w ciągu 1h:[kWh]
3 .	Zalecana ilość przeglądów w okresie 2 lat C		TAK, podać	Zalecana ilość przeglądów w okresie użytkowania
5 .	Okres żywotności lampy w aparacie		TAK, podać	
X	Żywotność (wydajność) zaferowanego urządzenia			
1	Okres użytkowania urządzenia w latach przy założeniu, pracy lampy średnio 3h dziennie		TAK, podać	Okres użytkowania.....(lata)

*Zamawiający informuje, że podane przez Wykonawcę zużycie energii elektrycznej w (KWh) w ciągu 1h przez urządzenia zostanie przeliczone według ceny jednostkowej za 1KWh, na podstawie której Zamawiający otrzymał fakturę za zakup energii elektrycznej w miesiącu 06.2016 r. i stawka ta wynosi: 0,34 gr.

**** Koszt Cyklu Życia Produktu (koszty eksploatacji)**

$$K\dot{Z}P = (A \times C) + (B \times 0,34gr \times 2 \text{ 190h})^{***}$$

*** Uwaga! Zamawiający wylicza wartość wzoru.

Koszt energii elektrycznej będzie obliczony dla zakładanego przez Zamawiającego czasu pracy urządzenia w okresie 2 lat tj. około 2 190h.

Miejscowość,, dnia2016 r.

.....
*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych
do reprezentowania Wykonawcy*

*(Pieczęć Wykonawcy)*ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH

Zakup, dostawę i montaż urządzeń medycznych dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju – powtórka
BZP.38.382-27.16

Po zmianach z dnia 28.09.2016 r

Pakiet 9 – Stymulator z zestawem endokawitarnym

Lp.	Nazwa urządzenia	J.m. Ilość	Cena jedn. brutto [pln]	Wartość brutto [pln]	Producent / firma, Typ aparatu, Model	Nazwa i nr dokumentu dopuszczenia do obrotu
1.	Stymulator z zestawem endokawitarnym	3 sztuki			Rok produkcji 2016 r	
			RAZEM:			

Opis techniczny przedmiotu zamówienia (parametry techniczne – graniczne)
Warunki gwarancji, serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego oraz inne wymagania

Pakiet 9 : Stymulator z zestawem endokawitarnym

Lp	Nazwa parametru	Minimalny warunek wymagany	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
I.	Wymagania podstawowe:			
1.	Urządzenie fabrycznie nowe		TAK	
2.	Stymulacja VVI z nastawami standardowymi po naciśnięciu jednego przycisku		TAK	
3.	Automatyczny test stymulatora i obwodu elektrody w momencie załączenia		TAK	
4.	Funkcja 'nagły wypadek" dostępną w każdej sytuacji		TAK	
5.	Akustyczna sygnalizacja zwarcia lub przerwy w obwodzie elektrody		TAK	
6.	Krokowa, dwustopniowa zmiana wartości wszystkich parametrów		TAK	
7.	Możliwość zablokowania nastaw parametrów przed przypadkowymi zmianami		TAK	
8.	Zabezpieczenie przed zewnętrzną defibrylacją		TAK	
9.	Funkcje pomiarowe: napięcia impulsu, impedancji obwodu elektrody oraz amplitudy R lub P		TAK	
10.	Oszczędne gospodarowanie energią baterii (np. automatyczne wygaszanie ekranu)		TAK	
11.	Funkcje stymulacyjne: min. VVI, V00, AAI, A00, stymulacja szybka oraz szybka z malejącą częstotliwością		TAK	
12.	Częstość podstawowa	min. 30 ÷ 180 1/min.	TAK, podać	
13.	Częstość stymulacji szybkiej:	min. 100 ÷ 990 1/min	TAK, podać	
14.	Amplituda impulsu	min. 0,1 ÷ 20 mA	TAK, podać	
15.	Szerokość impulsu	min. 0,2 ÷ 1,5 ms	TAK, podać	
16.	Kształt impulsu prostokątny z kompensacją ładunku		TAK	
17.	Czas refrakcji	min. 200 ÷ 500 ms	TAK, podać	
18.	Czułość wejściowa	min. 0,5 ÷ 21 mV	TAK, podać	
19.	Pomiar amplitudy napięcia impulsu	min. 0,2 ÷ 12 V	TAK, podać	
20.	Dwustopniowa sygnalizacja stanu baterii: akustyczna i optyczna		TAK	
21.	Zasilanie z baterii 9 V		TAK	
22.	Czas pracy z baterii powyżej 15 dni		TAK, podać	

23.	Masa urządzenia łącznie z baterią	max 300 g	TAK, podać	
II. Warunki gwarancji i serwisu:				
1.	Okres gwarancji , liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego min. 24 miesiące – max 60 miesięcy		TAK, podać	
2.	Dostawa przedmiotowego wyrobu medycznego kompletna, gotowa do eksploatacji bez konieczności ponoszenia przez Zamawiającego jakichkolwiek dodatkowych kosztów		TAK	
3.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie polski		TAK* / NIE * podać adresy oraz telefony kontaktowe	
4.	Przeglądy okresowe wymagane przez Producenta (zgodnie z zaleceniami producenta) w okresie gwarancji (dotyczy robocizny, części niezbędnych do wykonania przeglądu, części zamiennych oraz dojazdu) min. 1 przegląd rocznie, w tym 1 w okresie miesiąca przed upływem gwarancji		TAK, podać	
5.	Gwarancja produkcji części zamiennych (ilość lat) min. 10 lat		TAK, podać	
6.	Ograniczenia gwarancji – możliwe przyczyny jej utraty		TAK* / NIE * podać listę ograniczeń gwarancji, przyczyn utraty gwarancji	
7.	Maksymalnie dopuszczalna liczba napraw gwarancyjnych – 3, w przypadku przekroczenia 3 napraw elementu urządzenia w okresie gwarancyjnym wymiana elementu urządzenia na nowy		TAK	

8.	Czas reakcji: przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa , nie dłużej jak 48 godzin (liczone w dniach roboczych) Naprawa serwisowa wykonana w ciągu 72 h (liczone w dniach roboczych) od momentu zgłoszenia awarii; w przypadku przekroczenia terminu, konieczność zaoferowania urządzenia zastępczego o zbliżonych parametrach		TAK	
9.	Dwukrotne szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji oraz personelu technicznego (2 osoby) w zakresie podstawowych czynności sprawdzania stanu technicznego (arkusz oceny technicznej) i podstawowej konserwacji technicznej		TAK	
10.	Możliwość zgłaszania usterek		TAK podać sposób oraz numery telefonów i faksu	
IV	Warunki serwisu pogwarancyjnego i inne wymagania			
1.	Forma serwisu pogwarancyjnego		TAK, podać	
2.	Maksymalny czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia awarii do chwili jej usunięcia		TAK, podać ilość dni	
3.	Autoryzowany serwis pogwarancyjny na terenie Polski		TAK * / NIE * podać adresy oraz telefon kontaktowy	
4.	Deklaracja zgodności, CE, wpis / zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych dla oferowanego zestawu		TAK	
5.	Instrukcja użytkowania w języku polskim		TAK	
V.	Koszt Cyklu Życia Produktu (koszty eksploatacji) **	Poniżej należy przedstawić w tym rozdziale dane podstawic do przygotowanego wzoru i wyliczyć		
1.	Koszt przeglądu okresowego na dzień złożenia oferty urządzenia po gwarancji z uwzględnieniem wszystkich materiałów potrzebnych do wykonania przeglądu, robocizny, kosztów dojazdu.		TAK, podać całkowity koszt brutto, tj. sumę brutto (nie należybrutto

	W pierwszym roku po okresie gwarancji koszt przeglądu może być większy Maksymilianie o wskaźnik inflacji za okres gwarancji, w pozostałych latach może być większy o wskaźnik za rok poprzedni. A		podawać elementów cenotwórczych takich jak: koszt 1 r/g, 2 zł za km itp.)	
2.	Zalecana ilość przeglądów w okresie 2 lat B		TAK, podać	Zalecana ilość przeglądów w okresie użytkowania urządzenia
3.	Czas pracy baterii		TAK, podać	
4.	Koszt materiałów eksploatacyjnych (jednorazowych) na jednego pacjenta: - 2 x elektroda endokawitarna do czasowej stymulacji - 1 x kaniula z igłą do wkłucia - 1 x Introduktor C		TAK, podać	a) Koszt 2 x elektrody zł brutto nazwa, producent, nr katalogowy b) Koszt kaniuli z igłą do wkłucia zł brutto nazwa, producent, nr katalogowy c) Koszt intoduktora zł brutto nazwa, producent, nr katalogowy Całkowity koszt materiałów eksploatacyjnych na 1 pacjenta : a) zł brutto + b) zł brutto + c)zł brutto = zł brutto

VI	Żywotność zaoferowanego urządzenia			
1	Zalecany przez producenta okres użytkowania urządzenia (lata), przy założeniu , że rocznie z urządzenia będzie korzystać 55 pacjentów		TAK, podać	Maksymalna „żywności” urządzenia(lata)

*Zamawiający informuje, że podane przez Wykonawcę zużycie energii elektrycznej w (KWh) w ciągu 1h przez urządzenia zostanie przeliczone według ceny jednostkowej za 1KWh, na podstawie której Zamawiający otrzymał fakturę za zakup energii elektrycznej w miesiącu 06.2016 r. i stawka ta wynosi: 0,34 gr.

**** Koszt Cykl życia produktu (koszty eksploatacji)**

KŻP = (A x B) + (C x 110 pacjentów)**

***** Uwaga! Zamawiający wylicza wartość wzoru.**

Miejscowość,, dnia2016 r.

.....
*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych
do reprezentowania Wykonaw*

