**Załącznik nr 1f do SWZ**

**ZP-381-25/2022**

ZESTAWIENIE

WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH – OPZ

**Część nr 6 zamówienia – Formularz ofertowy**

Oferowany sprzęt/wyposażenie medyczne:

**POMPA OBJĘTOŚCIOWA – 1 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………..………………………………………

Nazwa producenta: ……………..………………………………………………………………………...

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Parametry techniczne** | **Parametry wymagane** | **OFEROWANE** **( wypełnia wykonawca)** | **PUNKTACJA** |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy. Rok produkcji 2022r. | TAK |  | - |
|  | Możliwość stosowania zestawów infuzyjnych do podaży:* leków standardowych, płynów infuzyjnych i cytostatyków (zestawy nie zawierające ftalanów (DEHP-free) oraz lateksu),
* żywienia pozajelitowego i żywienia dojelitowego,
* leków światłoczułych, krwi i preparatów krwiopochodnych.
 | TAK |  | - |
|  | Klawiatura symboliczna i alfanumeryczna umożliwiająca szybkie i intuicyjne programowanie infuzji oraz obsługę pompy. | TAK |  | - |
|  | Mechanizm zabezpieczający przed swobodnym przepływem grawitacyjnym składający się z dwóch elementów – jeden w pompie i drugi na zestawie infuzyjnym. | TAK |  | - |
|  | Możliwość odłączania detektora kropli.Zamawiający oczekuje czujnika kropli przy dostawie.  | TAK |  | - |
|  | Możliwość usunięcia zestawu infuzyjnego z pompy w trybie wyłączonym z podłączonym i odłączonym zasilaniem zewnętrznym. | TAK |  | - |
|  | Wykrywanie powietrza w zestawie infuzyjnym.  | TAK |  | - |
|  | Kolorowy ekran pompy. | TAK |  | - |
|  | Ekran dotykowy pompy. | TAK |  | - |
|  | Przekątna ekranu 3,2 cala.Zamawiający dopuszcza pompę objętościową z przekątną ekranu 4,3 cala | TAK |  | - |
|  | Zakres szybkości dozowania 0,1 – 1200 ml/h. | TAK |  | - |
|  | Dokładność infuzji ± 5%. | TAK |  | - |
|  | Programowanie parametrów infuzji w jednostkach:* ml, L,
* ng, μg, mg, g,
* μEq, mEq, Eq,
* mlU, IU, kIU,
* mIE, IE, kIE,
* cal, kcal,
* J, kJ,
* mmol, mol,

z uwzględnieniem wagi pacjenta lub nie, z uwzględnieniem powierzchni pacjenta lub nie, na min, godz., dobę.Zamawiający dopuszcza pompę objętościową z programowaniem parametrów infuzji w jednostkach: ml, ng, μg, mg, mIU, IU, kIU, mIE, IE, kIE, Kcal oraz jednostkami molowymi z uwzględnieniem wagi pacjenta lub nie na min, godz oraz 24h.  | TAK |  | - |
|  | Tryby dozowania:* Infuzja ciągła,
* Infuzja okresowa (bolusowa),
* Infuzja profilowa (min. 16 kroków infuzji),

Infuzja TPN (narastanie / utrzymanie / opadanie).Zamawiający dopuszcza pompę objętościową z infuzją profilową składającą się z 5 faz infuzji | TAK |  | - |
|  | Ekran infuzji umożliwiający wyświetlenie następujących informacji jednocześnie:* nazwa leku,
* koncentracja leku,
* szybkość infuzji,
* informacji, że wartość szybkości infuzji mieści się w zalecanym zakresie lub znajduje się w zakresie limitu miękkiego dolnego lub górnego,
* podana dawka,
* poziom limitów dla szybkości infuzji,
* czas do końca dawki w formie graficznej,
* kategorii leku wyodrębnionej kolorem,
* stan naładowania akumulatora,

aktualne ciśnienie w linii pacjenta w formie graficznej. | TAK |  | - |
|  | Kolorystyczne wyróżnienie ekranu infuzji do żywienia dojelitowego względem innych realizowanych infuzji. | TAK |  | - |
|  | Programowanie parametrów podaży bolusa oraz bolusa wstępnego (dawki indukcyjnej): objętość / dawka, czas lub szybkość podaży. | TAK |  | - |
|  | Bolus manualny. Bolus automatyczny z zaprogramowaną dawką. | TAK |  | - |
|  | Automatyczne zmniejszenie szybkości podaży bolusa, w celu uniknięcia przerwania jego podaży alarmem okluzji. | TAK |  | - |
|  | Możliwość wgrania do pompy biblioteki leków złożonej z procedur dozowania zawierających co najmniej:* nazwy leku,
* 10 koncentracji leku,
* szybkości dozowania (dawkowanie),
* całkowitej objętości (dawki) infuzji,
* parametrów bolusa, oraz dawki indukcyjnej,
* limitów dla wymienionych parametrów infuzji:
	+ miękkich, ostrzegających o przekroczeniu zalecanych wartości parametrów,
	+ twardych – blokujących możliwość wprowadzenia wartości spoza ich zakresu.
* Notatki doradczej możliwej do odczytania przed rozpoczęciem infuzji.

Podział biblioteki na osobne grupy dedykowane poszczególnym oddziałom szpitalnym, do 40 oddziałów. Wybór oddziału dostępny w pompie.Podział biblioteki dedykowanej oddziałom na 40 kategorii lekowych.Pojemność biblioteki min. 4000 procedur dozowania leków. | TAKTAKTAKTAK |  | - |
|  | Zabezpieczenie przed gwałtowną zmianą szybkości w trakcie trwania infuzji (miareczkowanie). | TAK |  | - |
|  | Napisy na wyświetlaczu w języku polskim. | TAK |  | - |
|  | Regulowane progi ciśnienia okluzji, 12 poziomów. | TAK |  | - |
|  | Progi ciśnienia regulowane, w zakresie 75 - 900 mmHg. | TAK |  | - |
|  | Zmiana progu ciśnienia okluzji bez przerywania infuzji. | TAK |  | - |
|  | Automatyczna redukcja bolusa okluzyjnego. | TAK |  | - |
|  | Priorytetowy system alarmów, zapewniający zróżnicowany sygnał dźwiękowy i świetlny, zależnie od stopnia zagrożenia. | TAK |  | - |
|  | Dostępność polskojęzycznego oprogramowania komputerowego do tworzenia i przesyłania do pompy biblioteki leków. | TAK |  | - |
|  | Wysokość pompy 12 cm. | TAK |  | - |
|  | Możliwość instalacji pompy w stacji dokującej:* zatrzaskowe mocowanie z automatyczną blokadą, bez konieczności przykręcania,
* alarm nieprawidłowego mocowania,
* pompy mocowane niezależnie, jedna nad drugą,
* automatyczne przyłączenie zasilania ze stacji dokującej,
* automatyczne przyłączenie portu komunikacyjnego ze stacji dokującej,

świetlna sygnalizacja stanu pomp: infuzja, alarm, STOP. | TAK |  | - |
|  | Mocowanie pojedynczej pompy do statywów lub pionowych kolumn niewymagające dołączenia jakichkolwiek części, w szczególności uchwytu mocującego, po bezpośrednim wyjęciu pompy z stacji dokującej. | TAK |  | - |
|  | Mocowanie pomp w stacji dokującej niewymagające odłączenia jakichkolwiek części, w szczególności uchwytu mocującego, po bezpośrednim zdjęciu pompy ze statywu. | TAK |  | - |
|  | Uchwyt do przenoszenia pompy na stałe związany z pompą, niewymagający odłączania przy mocowaniu pomp w stacjach dokujących. | TAK |  | - |
|  | Możliwość komunikacji pomp umieszczonych w stacjach dokujących wyposażonych w interface LAN z oprogramowaniem zewnętrznym. | TAK |  | - |
|  | Historia infuzji – możliwość zapamiętania min. 2000 pełnych infuzji. | TAK |  | - |
|  | Klasa ochrony II, typ CF, odporność na defibrylację, stopień ochrony obudowy IP22. | TAK |  | - |
|  | Zasilanie pomp mocowanych poza stacją dokującą bezpośrednio z sieci energetycznej. | TAK |  | - |
|  | Czas pracy z akumulatora 15 h przy infuzji 25 ml/h. | TAK |  | - |
|  | Czas ładowania akumulatora do 100% po pełnym rozładowaniu – poniżej 5 h.Zamawiający dopuszcza pompę objętościową z czasem ładowania baterii do pełna w czasie 5h.  | TAK |  | - |
|  | Waga 2,3 kg.Zamawiający dopuszcza pompę objętościową z wagą poniżej 2,3kg | TAK |  | - |
|  | Dodatkowe wyposażenie wymagane przy dostawie: stojak jezdny do pompy z zasilaniem (1 szt.) | TAK |  | - |
|  | Dostawa wraz z rozładunkiem, montażem oraz uruchomieniem i przeszkoleniem personelu. | TAK, podać |  | 6 tygodnie – 0 pkt 5 tygodni – 10pkt4 tygodnie – 20pkt |
|  | Certyfikaty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie UE i Polski, tj.:- Certyfikat CE- Deklaracja Zgodności - Potwierdzenie / Zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych | TAK, dołączyć do oferty |  | - |
|  | Okres gwarancji min. 24 miesięcy liczony od dnia oddania aparatu do eksploatacji | TAK, podać |  | 24 miesiące – 0 pkt.36 miesięcy – 10 pkt48 miesięcy – 20 pkt |
|  | Paszport techniczny uzupełniony o dane aparatu/sprzętu oraz zawierający wpis o pierwszym uruchomieniu oraz terminie następnego przeglądu technicznego wraz z pieczątką firmy i czytelnym podpisem serwisanta. Wraz z paszportem Wykonawca jest zobowiązany dostarczyć kartę gwarancyjną i podpisany protokół zdawczo-odbiorczy(dostarczony przy dostawie sprzętu) | TAK,dostarczyć przy dostawie sprzętu |  | - |
|  | Sprzęt pozbawiony jest wszelkich blokad serwisowych, które po upływie gwarancji utrudniałyby właścicielowi dostęp do opcji serwisowych lub naprawę sprzętu przez inny niż Wykonawca umowy podmiot w przypadku nie korzystania przez szpital z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy (dotyczy oceny stanu sprzętu i jego działania). | TAK |  | - |

* + - 1. Przedmiot zamówienia musi posiadać certyfikat CE lub deklarację zgodności ze znakiem CE wystawione przez producenta. Parametry podane w powyższej tabeli w rubryce „Wymagane” stanowią warunek, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. W kolumnie „Oferowane” należy opisać parametr oferowany. Brak opisu w tej kolumnie będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanym urządzeniu.
			2. Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów.
			3. Wraz z dostawą Wykonawca dostarczy instrukcję obsługi w języku polskim w wersji papierowej i/lub elektronicznej.

**SZCZEGÓŁÓWE WARUNKI DOSTAWY, GWARANCJI I SERWISU**

/podać markę, model, typ/ ...................................................................................................................................................................

oświadczam, że oferuję następujące warunki dostawy, gwarancji i serwisu:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Warunki dostawy, gwarancji i serwisu** | **Wymagania** | **Oferowane warunki dostawy, gwarancji i serwisu** /podać/ |
| 1. | Okres gwarancji min. 24 miesiące | TAK |  |
| 2. | Termin rozpoczęcia gwarancji – od dnia podpisania protokołu odbioru technicznego i oddania sprzętu do eksploatacji. | TAK |  |
| 3. | Maksymalny czas reakcji serwisu na zgłoszenie w dni robocze do 48 godzin od momentu uzyskania informacji o awarii (przyjazd na wezwanie lub zdalna diagnostyka i naprawa za pośrednictwem łącza szerokopasmowego lub ISDN (jeśli istnieje możliwość połączenia zdalnego) Powyższe terminy dotyczą dni roboczych przez, które rozumie się dni od poniedziałku do piątku za wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy. | 48 godzin |  |
| 4. | Maksymalny czas naprawy wymagający wymiany części /ilość dni roboczych/. | 7 dni |  |
| 5. | Graniczny czas naprawy, po przekroczeniu którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji sprzętu medycznego/wyposażenia medycznego aparatury medycznej/ sprzętu medycznego/sprzętu technicznego/innego wyposażenia. | 7 dni |  |
| 6. | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy. | 3 |  |
| 7. | Minimalna liczba dni przestoju przedłużająca termin gwarancji. | 7 dni |  |
| 8. | Liczba przeglądów bez dodatkowego wynagrodzenia w czasie gwarancji. | Minimum 1 na 12 miesięcy, chyba, że zalecenia producenta wskazują inaczej |  |
| 9. | W przypadku naprawy dłuższej wykonawca zapewni element zastępczy lub urządzenie na czas trwania naprawy celem zapewnienia niezakłóconej pracy zamawiającego (dotyczy okresu gwarancyjnego). | TAK |  |
| 10. | Dostępność części zamiennych min. 5 lat od daty sprzedaży. | TAK, podać  |  |
| 11. | Należy sprecyzować ewentualne ograniczenia usług gwarancyjnych oraz ewentualne przyczyny cofnięcia gwarancji. | PODAĆ |  |
| 12. | Dostarczony sprzęt zostanie wyposażony we wszystkie niezbędne do prawidłowej pracy akcesoria, instrukcje obsługi oraz instrukcje serwisowe – dokumenty winny być w języku polskim lub tłumaczone na język polski. | TAK |  |
| 13. | Oferent dokona instalacji oferowanego sprzętu medycznego i przeprowadzi szkolenie w zakresie obsługi i użytkowania tegoż sprzętu dla personelu SPZOZ w Szamotułach w dzień przekazania sprzętu do eksploatacji przez Zamawiającego i 4 tygodnie od daty przekazania sprzętu do eksploatacji przez Zamawiającego (łącznie dwa szkolenia). Wykonawca jest zobowiązany do sporządzenia protokołu/listy obecności z przeprowadzonego szkolenia. | TAK |  |
| 14. | Najbliższy kupującego punkt serwisowy obsługujący zakupiony sprzęt medyczny. | PODAĆ |  |

**Data: …………….**

**Dokument elektroniczny**

**podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym**