Załącznik nr 2 do SIWZ

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Wymagania techniczne – warunki graniczne i pożądane**

Oferowany sprzęt musi odpowiadać parametrom opisanym przez Zamawiającego

**Tabela 1. Część zamówienia nr 1 - Kardiomonitor dla Pracowni Rezonansu Magnetycznego**

**Przedmiot zamówienia: Kardiomonitor**

Nazwa urządzenia/ mebla (podać typ): …………………………………………………………….……………………..……………………………….

Producent: …………………………………………………………….……………………..……………………………….

Kraj wytwórcy: …………………………………………………………….……………………..……………………………….

Dystrybutor na terenie RP: …………………………………………………………….……………………..……………………………….

| **Lp.** | **Opis parametrów i funkcji wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | |
|  | Aparat fabrycznie nowy, rok produkcji 2016 lub 2017 | Podać |  |
|  | Kardiomonitor przeznaczony dla noworodków dzieci, dzieci starszych i dorosłych posiadający komplet sond, czujników, kabli, mankietów itp. (dla noworodków, dzieci i dorosłych) potrzebnych do użytkowania przedmiotu zamówienia w zakresie wszystkich wymaganych przez Zamawiającego funkcji. | TAK |  |
|  | Monitor przeznaczony do stosowania w pobliżu urządzeń do obrazowania metodą rezonansu magnetycznego w polu magnetycznym o wartości 3 Tesli (min, 30.000 Gauss), stosowany do monitorowania funkcji życiowych pacjentów podczas procedur MRI. | TAK |  |
|  | Monitory medyczne spełniające wymagania R*ozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej* (t.j. Dz.U.2013, poz. 1015 z późn. zm. – Załącznik nr 1) | TAK |  |
|  | Monitor przenośny, masa monitora max 5 kg | TAK |  |
|  | Kolorowy ekran LCD o przekątnej roboczej min 10 cali sterowany dotykowo i za pomocą przycisków sterujących | TAK |  |
|  | Określenie typu pacjenta (noworodek, dziecko, dorosły) powodujące automatyczne ustawienie zakresów pomiarowych oraz alarmów | TAK |  |
|  | Alarmy wizualne i dźwiękowe, techniczne i fizjologiczne, z możliwością ustawienia progów alarmowych dla poszczególnych parametrów | TAK |  |
|  | Trendy tabelaryczne i graficzne (Min. 24 godzinne trendy wszystkich mierzonych parametrów w postaci tabel i wykresów oraz zapamiętanie krzywych 24h) | TAK |  |
|  | Bezprzewodowy moduł (EKG)zasilany akumulatorowo, zakres pomiarowy częstość pracy serca min 30-240 ud/min | TAK |  |
|  | Masa bezprzewodowego modułu (EKG) bez elektrod max 100g | TAK |  |
|  | Moduł bezprzewodowy (EKG) pozwalający na użytkowanie w pełnym zakresie w polu magnetycznym o wartości min. 30.000 Gauss (aparat 3 Tesle | TAK |  |
|  | Bezprzewodowy moduł (SpO2) zasilany akumulatorowo, zakres pomiarowy saturacji min 70-100% | TAK |  |
|  | Dokładność pomiaru(SpO2): +/- 1 bpm | TAK |  |
|  | Masa bezprzewodowego modułu (SpO2) bez czujnika 100 g | TAK |  |
|  | Moduł bezprzewodowy (SpO2) pozwalający na użytkowanie w pełnym zakresie w polu magnetycznym o wartości min. 30.000 Gauss (aparat 3 Tesle | TAK |  |
|  | Oscylometryczna metoda pomiarowa NIBP, zakres pomiarowy od 30 do 270 mmHg | TAK |  |
|  | Dokładność pomiaru NIBP: +/-5mmHg | TAK |  |
|  | Pomiar NIBP automatyczny | TAK |  |
|  | Pomiar stężenia dwutlenku węgla (EtCO2), pomiar ze strumienia bocznego, zakres pomiarowy od 0 do 120 mmHg | TAK |  |
|  | Zasilanie sieciowe 230V | TAK |  |
|  | Czas ładowania akumulatora do poziomu 95% max 12 h | TAK |  |
|  | Czas pracy monitora przy zasilaniu akumulatorowym min. 7 godz. | TAK |  |
|  | Alarm stanu rozładowania akumulatora | TAK |  |
|  | Zasilanie modułów przy zasilaniu akumulatorowym min. 11 godz. | TAK |  |
|  | Temperatura pracy min 15-36˚ C | TAK |  |
|  | System mocujący umożliwiający montaż na paramedycznym stojaku na kroplówki | TAK |  |
|  | Zabezpieczenie we wszystkie elementy jednorazowe niezbędne do monitorowania pacjenta, na wykonanie min. 100 badań. | TAK |  |
| **DOKUMENTACJA PRODUKTU i WARUNKI DODATKOWE** | | | |
|  | Wykonawca oświadcza, że wyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, nie było przedmiotem ekspozycji, wystaw itp. | TAK |  |
|  | Wykonawca gwarantuje, że wyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona będzie w momencie dostawy | TAK |  |
|  | Paszport techniczny (karta techniczna) będzie dostarczona wraz z urządzeniami, przy czym zawierać będzie (minimum) poniższe dane:   * nazwa urządzenia pozwalająca zidentyfikować przeznaczenie urządzenia, * nazwa producenta, * typ urządzenia i numer seryjny, * data rozpoczęcia eksploatacji.   W części ww. dokumentu dotyczącej remontów, napraw i badań stanu technicznego powinny znaleźć się zapisy dokumentujące:   * uruchomienie urządzenia, przeprowadzenie testu, * poświadczenie, że urządzenie jest sprawne i bezpieczne w użytkowaniu, * datę wykonania powyższych czynności,   datę, do której powinien zostać wykonany następny okresowy przegląd techniczny urządzenia. | TAK |  |
|  | Do oferty dołączono oryginalny folder producenta potwierdzający oferowane parametry oraz w przypadku oferowania sprzętu będącego wyrobem medycznym zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych dokumenty dopuszczające sprzęt medyczny do sprzedaży i użytkowania na terenie gospodarczym UE wraz z potwierdzeniem oznaczenia urządzenia znakiem CE oraz wpis do rejestru wyrobów medycznych, jeżeli wyrób jest zarejestrowany. | TAK, podać / Załączyć |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego użytkownika w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia zostało wliczone w cenę oferty. | TAK |  |
| **Informacja o warunkach serwisu gwarancyjnego** | | | |
|  | **Okres gwarancji: minimum 24 miesiące od daty podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego** | Tak, podać |  |
|  | Wykonawca zobowiązuje się do przeprowadzenia przeglądów serwisowych oferowanego sprzętu w okresie trwania gwarancji, które zapewnią jego prawidłowe funkcjonowanie. Przeglądy realizowane są zgodnych z zaleceniami producenta, przy czym Zamawiający wymaga, by pierwszy przegląd został dokonany maksymalnie po upływie roku od momentu zakupu. Następne przeglądy każdorazowo po upływie kolejnego roku. Koszt przeglądów w okresie trwania gwarancji zastał wliczony w cenę oferty.  Zamawiający wymaga, w przypadku gdy kolejny przegląd zgodnie z zaleceniami producenta wypada już poza okresem gwarancji, by Wykonawca przeprowadził taki przegląd przed upływem terminu gwarancji (przed upływem kolejnego, drugiego roku gwarancji). | TAK |  |
|  | Siedziba serwisu - dokładny adres i nr telefonu.  Dane osoby odpowiedzialnej za serwisowanie sprzętu | TAK |  |
|  | Obsługa serwisowa świadczona jest minimum 5 dni  w tygodniu od poniedziałku do piątku | TAK | w godz. .......... |
|  | Czas reakcji serwisu od chwili zgłoszenia awarii do momentu przyjazdu techników do Szpitala wynosi  do **48 godzin** z pominięciem dni ustawowo wolnych od pracy. | TAK | .................... godzin |
|  | Czas naprawy do 72 godz. z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.  W przypadku, gdy czas naprawy sprzętu trwa dłuższej niż 72 godziny od momentu zgłoszenia przez Zamawiającego Wykonawca zapewni Zamawiającemu sprzęt zastępczy o równorzędnych parametrach.  Jakiekolwiek wydłużenie czasu trwania naprawy gwarancyjnej tego samego elementu w serwisowanym urządzeniu poza terminem określonym powyżej (tj. **72 godz**.), niezależnie od przyczyn powoduje przedłużenie gwarancji o okres niesprawności urządzenia. | TAK |  |
|  | Odległość serwisu od siedziby Zamawiającego wynosi  w km | podać | .................... km |
|  | Maksymalna ilość napraw gwarancyjnych tego samego elementu, po których dany element zostanie wymieniony na nowy, wolny od wad: 3 naprawy gwarancyjne | TAK |  |
|  | Dojazd techników/ serwisantów do siedziby Zamawiającego odbywa się na koszt Wykonawcy. | TAK |  |
|  | W okresie trwania gwarancji Wykonawca zobowiązuje się do załatwienia wszelkich formalności celnych, związanych z ewentualną wymianą urządzeń na nowe, jego wysyłką do naprawy gwarancyjnej i odbiorem lub jego importem we własnym zakresie - **bez udziału zamawiającego** | TAK |  |
|  | Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski | TAK, podać adres co najmniej jednego punktu | Adres: ……………………………………………  ……………………………….……………………  …………………………………….………………  Telefon: ……………………………….………… |
|  | Wykonawca gwarantuje dostępność części zamiennych przez okres co najmniej 10 lat oraz dostępność odpłatnego serwisu pogwarancyjnego przez okres min. 10 lat. | TAK |  |
|  | Siedziba serwisu świadczącego usługi pogwarancyjne - firma, adres i nr telefonu | TAK |  |

###### Uwaga - dotyczy tabel i asortymentu całego zamówienia:

###### Nie wypełnienie którejkolwiek z rubryk w kolumnie tabeli „Parametr oferowany (podać / opisać)”, bądź nie spełnienie warunków granicznych będzie skutkować odrzuceniem oferty. Warunki graniczne ujęte w tabelach stanowią wymagania odcinające. Nie spełnienie nawet jednego z wymagań spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia. Zamawiający zastrzega sobie prawo do sprawdzenia wiarygodności podanych przez Wykonawcę parametrów technicznych we wszystkich dostępnych źródłach, w tym również poprzez zwrócenie się o złożenie dodatkowych wyjaśnień przez Wykonawcę lub Producenta. Wszystkie podane w tabelach parametry muszą być poparte prospektem firmowym, materiałami źródłowymi, poświadczeniami producenta w języku polskim lub w języku angielskim z tłumaczeniem na język polski pod rygorem odrzucenia oferty.

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

(podpis i pieczęć osoby uprawnionej

do reprezentowania firmy)