**Załącznik nr 2/2**

**Dostawa sprzętu medycznego do SPZZOZ w Wyszkowie i NZOZ POZ w Rząśniku**

**nr procedury: DEZ/Z/341/ZP- 35/2018**

**Pakiet nr 2:** sprzęt medyczny dla potrzeb **Poradni Otolaryngologicznej** zawierający:

* Zestaw diagnostyczny ścienny w ilości 1 sztuki,
* Fotel laryngologiczny w ilości 1 sztuki,
* Mikroskop laryngologiczny w ilości 1 sztuki,

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA.**

**Zestaw diagnostyczny ścienny w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: 2018

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | Zintegrowany system diagnostyczny do monitorowania, zarządzania funkcja i życiowymi i oceny fizycznej pacjenta. | | TAK | |  |
|  | Urządzenie wyposażone w czytelny, kolorowy wyświetlacz 10.1 "(16: 9) TFT LCD z ekranem dotykowym. | | TAK | |  |
|  | Wbudowane: otoskop, oftalmoskop i depresor języka. | | TAK | |  |
|  | System naścienny oszczędzający przestrzeń i eliminujący splątane, wiszące przewody. | | TAK | |  |
|  | Min. 4 porty USB do podłączenia wyposażenia tj.: mysz komputerowa, klawiaturowa komputerowa, skaner kodów kreskowych, drukarka itp. | | TAK | |  |
|  | Ręczne wprowadzanie pomiarów (waga, wzrost, częstotliwość oddechów, ból). | | TAK | |  |
|  | System zapewniający miejsce do przechowywania dodatkowych mankietów do pomiaru ciśnienia krwi. | | TAK | |  |
|  | Możliwość prezentacji wyników pacjenta na dużym ekranie. | | TAK | |  |
|  | Możliwe wyposażenie dodatkowe tj.: zintegrowany glukometr bluetooth, termometr elektroniczny. | | TAK | |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | TAK | |  |
|  | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu | | Tak | |  |
|  | Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby | | Tak | |  |
|  | Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej | | Tak | |  |
|  | W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli , Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji , m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania. | | Tak | |  |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | | |
| 1. | | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | Tak |  | | |
| 2. | | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | Tak |  | | |
| 3. | | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | Tak  Podać- ***kryterium*** |  | | |
| 4. | | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | TAK Podać |  | | |
| 5. | | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | TAK |  | | |
| 6. | | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | max 3 dni robocze  Podać w dniach |  | | |
| 7. | | | Liczba bezpłatnych przeglądów aparatu w czasie gwarancji. | Min 2 |  | | |
| 8. | | | Serwis autoryzowany | TAK |  | | |
| 9. | | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | Tak, podać |  | | |
| 10. | | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać |  | | |
| 11. | | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | Tak |  | | |
| 12. | | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów |  | | |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

**Fotel laryngologiczny w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: 2018

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | Podstawa fotela wykonana ze stali malowanej farbą proszkową w kolorze białym. | | | | TAK | |  |
|  | Tapicerka bezszwowa, skóropodobna. | | | | TAK | |  |
|  | Wysokość regulowana za pomocą pilota ręcznego w zakresie min. 510-710 mm. | | | | TAK | |  |
|  | Oparcie regulowane za pomocą sprężyn gazowych min. 0-70 stopni. | | | | TAK | |  |
|  | Regulowane podłokietniki w poziomie min. 180 stopni. | | | | TAK | |  |
|  | Fotel osadzony na kółkach jezdnych z hamulcem. | | | | TAK | |  |
|  | Wymiary podłokietników min. 400x150 mm. | | | | TAK | |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie min. 150 kg. | | | | TAK | |  |
|  | Długość fotela min. 1400 mm. | | | | TAK | |  |
|  | Szerokość fotela min. 660 mm. | | | | TAK | |  |
|  | Podgłówek podtrzymujący głowę. | | | | TAK | |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | | | TAK | |  |
|  | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu. | | | | Tak | |  |
|  | Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby. | | | | Tak | |  |
|  | Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej. | | | | Tak | |  |
|  | W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli , Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji, m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania. | | | | Tak | |  |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | | | | |
| 1. | | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | | Tak | |  | | |
| 2. | | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | Tak | | |  | | |
| 3. | | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | Tak  Podać- *kryterium* | | |  | | |
| 4. | | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | TAK Podać | | |  | | |
| 5. | | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | TAK | | |  | | |
| 6. | | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | max 3 dni robocze  Podać w dniach | | |  | | |
| 7. | | | Liczba bezpłatnych przeglądów aparatu w czasie gwarancji. | Min 2 | | |  | | |
| 8. | | | Serwis autoryzowany | TAK | | |  | | |
| 9. | | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | Tak, podać | | |  | | |
| 10. | | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać | | |  | | |
| 11. | | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | Tak | | |  | | |
| 12. | | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów | | |  | | |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

**Mikroskop laryngologiczny w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: 2018

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. | Podstawa jezdna wraz z kolumną. | TAK |  |
| 2. | Ramię zawieszające 600 mm | TAK |  |
| 3. | Zawieszenie tubusa mikroskopu pod kątem 45⁰ | TAK |  |
| 4. | Powiększenie manualne 5-stopniowe: x0,4 / x0,63 / x1,0 / x1,6 / x2,5 | TAK |  |
| 5. | Oświetlenie światłowodowe LED o mocy 50W | TAK |  |
| 6. | Żywotność lampy ok. 60.000 godzin roboczych | TAK |  |
| 7. | Tubus binokularny, prosty | TAK |  |
| 8. | Okulary z regulacją dioptrii, szerokokątne 10x | TAK |  |
| 9. | Obiektyw 250 mm (obiektyw uszny) z regulacją ostrości. | TAK |  |
| 10. | Dwustronna rączka operatora | TAK |  |
| 11. | Wszystkie przeguby z manualną regulacją oporu | TAK |  |
| 12. | Zestaw sterylizowalnych osłonek na pokrętła | TAK |  |
| 13. | Automatyczne włączanie i wyłączanie oświetlenia | TAK |  |
| 14. | Wbudowane filtry: zielony, żółty | TAK |  |
| 15. | Pokrowiec ochronny na mikroskop | TAK |  |
| 16. | Zasilanie 230V 50/60 Hz | TAK |  |
| 17. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | |
| 1. | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | Tak |  |
| 2. | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | Tak |  |
| 3. | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | Tak  Podać- *kryterium* |  |
| 4. | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | TAK Podać |  |
| 5. | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | TAK |  |
| 6. | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | max 3 dni robocze  Podać w dniach |  |
| 7. | Liczba bezpłatnych przeglądów aparatu w czasie gwarancji. | Min 2 |  |
| 8. | Serwis autoryzowany | TAK |  |
| 9. | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | Tak, podać |  |
| 10. | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać |  |
| 11. | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | Tak |  |
| 12. | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów |  |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

1. ………………………………………….
2. miejscowość, data
3. ………..................................................................
4. podpisy osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do
   * 1. występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo