**Zał. 1A-7 do SWZ**

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część nr 7 – Wózki transportowe z napędem elektrycznym oraz neurologiczne**

**„Zakup sprzętu medycznego, łóżek i wyposażenia dla SOR Szpitala Powiatowego w Nowym Tomyślu”**

**Nr postępowania: SPZOZ.DZP.241.10.24**

Zamówienie realizowane w ramach zadania pn.:

**„Doposażenie SOR Szpitala w Nowym Tomyślu i pracowni diagnostycznych współpracujących z SOR jako istotny element poprawy działania systemu ratownictwa medycznego w Powiecie Nowotomyskim”**

zakup finansowany z dotacji celowej ze środków Funduszu Medycznego w ramach programu: „Program inwestycyjny modernizacji podmiotów leczniczych”.

Przedmiotem zamówienia jest dostawa wyposażenia oddziału: Wózki transportowe z napędem elektrycznym (2 szt) oraz wózki dla pacjentów ze schorzeniami neurologicznymi (3 szt). Oferowany sprzęt medyczny musi być zgodny z Dyrektywą 93/42 /EEC oraz musi spełniać wymagania określone w Ustawie o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. (DZ.U. z 2022 poz. 974 ze zm). Zamawiający wymaga by oferowany sprzęt medyczny był **fabrycznie nowy, nie eksploatowany, rok produkcji: nie wcześniej niż 2023** r.

**Nazwy i kody określone we Wspólnym Słowniku Zamówień: (CPV):**

33100000-1 Urządzenia medyczne,

33192100-3 Łóżka do użytku medycznego

33193100-0 Pojazdy inwalidzkie i wózki inwalidzkie

W poniższej części Załącznika „**1A-7**” do SWZ Zamawiający podał warunki graniczne parametrów przez siebie wymaganych dla oferowanego sprzętu. Wykonawca składając ofertę jest zobowiązany wypełnić:

* kolumnę zatytułowaną „**Potwierdzenie spełnienia parametru (tak / nie)**” wpisując we właściwych pozycjach odpowiednio słowo: „TAK” albo „NIE”,
* kolumnę zatytułowaną „**Oferowana wartość parametru**”**.**

W przypadku użycia w opisie parametrów minimalnych czy też opcjonalnych nazwy własnej lub nazwy rozwiązania przypisanej ściśle jednemu producentowi Zamawiający dopuszcza rozwiązanie równoważne.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry minimalne** | **Potwierdzenie spełnienia parametru (tak / nie)** | **Oferowana wartość parametru** |
| **I** | **Wózek transportowy do przewozu pacjentów leżących z napędem elektrycznym (2 szt.) –** podać producenta model/typ, rok produkcji oferowanego wózka  |  | **………..** |
|  | Wymiary zewnętrzne 2150 x 880 mm (+/- 10 mm) |  |  |
|  | Wymiary leża 2000 x 750 mm (+/- 10 mm) |  |  |
|  | Regulacja wysokości nożna hydrauliczna550 - 850 mm (+/- 20 mm) |  |  |
|  | Regulacja przechyłów wzdłużnych nożna hydrauliczna minimum +/- 17 ˚  |  |  |
|  | Leże wózka oparte na dwóch szczelnych kolumnach. Kolumny zabezpieczone przed wnikaniem płynów i pyłów do wewnątrz. Kolumny gładkie, okrągłe, bez ostrych krawędzi. |  |  |
|  | Konstrukcja zapewniająca prześwit pod wózkiem min. 10cm. |  |  |
|  | Leże wózka 2-segmentowe, wypełnione odejmowanymi tworzywowymi osłonami leża. Dodatkowo w centralnej części leża metalowy panel wmontowany na stałe. |  |  |
|  | Regulacja segmentu pleców wspomagana sprężyną gazową w zakresie 0 – 90°, rączki zwalniające blokadę sprężyny gazowej, umieszczone bezpośrednio przy segmencie pleców w obu narożnikach. |  |  |
|  | Po obu stronach oparcia wskaźniki kąta nachylenia segmentu pleców oraz barierki boczne po stronie zewnętrznej wyposażone w wskaźniki nachylenia ramy (przechyły wzdłużne) |  |  |
|  | W narożnikach leża krążki odbojowe, obrotowe, okrągłe. |  |  |
|  | Koła o średnicy min. 200mm z centralną oraz kierunkową blokadą kół, dźwignie hamulca w podstawie od strony nóg i głowy pacjenta. Oznaczone kolorystycznie, dźwignia czerwona służąca do blokady centralnej, zielona do koła kierunkowego – opuszczająca koło napędowe. |  |  |
|  | Piąte koło napędowe ułatwiające przemieszczanie wózka i manewrowanie nim. Koło posiadające własny napęd, dzięki któremu możliwe jest prowadzenie wózka bez użycia siły personelu. System napędowy składający się z:- koła napędowego, - sterownika do regulacji prędkości oraz kierunku jazdy,Funkcje:- dwie prędkości „do przodu” oraz jedna „do tyłu”,- hamulec bezpieczeństwa w postaci przycisku po naciśnięciu którego wózek zostaje natychmiastowo unieruchomiony- zabezpieczenie przed nieumyślnym uruchomieniem napędu wózka w postaci konieczności trzymania sterownika napędu dłonią przy jednoczesnym trzymaniu przycisku funkcji jazdy, naciśnięcie samego przycisku np. jednym palcem nie uruchomi napędu,- start jazdy wózka bezpośrednio po wybraniu kierunku jazdy, brak konieczności pchnięcia wózka celem aktywacji jazdy – jazda wózkiem bezwysiłkowa dla personelu.Panel sterowania kołem napędowym umieszczony na uchwycie do prowadzenia wózka od strony głowy. W celach bezpieczeństwa panel sterowania napędem działa tylko w pozycji pionowej uchwytów do prowadzenia. |  |  |
|  | Bezpieczne obciążenie robocze pozwalające na bezpieczną pracę w sytuacjach ratowania życia np. reanimacji min. 315 kg**Parametr punktowany:****Bezpieczne obciążenie robocze < 320 kg – 0 pkt****Bezpieczne obciążenie robocze ≥ 320 kg – 10 pkt** |  |  |
|  | Tworzywowa obudowa podwozia z wyprofilowanym pojemnikiem np. na butle z tlenem czy też osobiste rzeczy pacjenta. |  |  |
|  | Barierki boczne wykonane z metalu wzmocnione tworzywem (obudowane) lub metalowe lakierowane, lekkie, odporne na korozje, wyposażone w funkcję zapewniającą ich płynne opuszczanie. Barierki składane wzdłuż ramy leża. Dźwignie zwalniająca blokadę wbudowane w ramę leża od strony nóg i głowy po obu stronach wózka, w miejscu niedostępnym dla pacjenta. Dźwignie zwalniające blokadę z wizualną sygnalizacją zablokowanej /odblokowanej barierki. |  |  |
|  | Barierki składające się z sześciu pionowych, szczebli.**Parametr punktowany:****Barierki metalowe wzmocnione tworzywem – 5 pkt****Barierki metalowe bez wzmocnienia tworzywem – 0 pkt** |  |  |
|  | Wysokość barierki bocznej nad leżem materaca min. 40 cm. Barierki boczne z wyprofilowanymi uchwytami mogącymi służyć jako podparcie dla pacjenta podczas wstawania. |  |  |
|  | Stalowe uchwyty do prowadzenia, umieszczone w narożnikach od strony nóg.**Parametr punktowany:****Uchwyty składane – 5 pkt****Uchwyty nieskładane – 0 pkt** |  |  |
|  | Stalowe wieszaki kroplówki (2 od strony głowy) z teleskopową regulacją wysokości. Każdy wieszak posiadający dwa rozkładane haczyki.  |  |  |
|  | Materac dwuwarstwowy o grubości min. 130mm. Górna warstwa z pianki wiskoelastycznej, dolna z pianki poliuretanowej. Waga materaca max 10kg.**Parametr punktowany:****Waga materaca 10 kg – 0 pkt****Waga materaca <10 kg – 10 pkt** |  |  |
|  | Materac stabilizowany na wózku za pomocą dolnej warstwy pokrowca pokrytej powłoką antypoślizgową.  |  |  |
|  | Wyposażenie:- materac opisany powyżej,- 4 haczyki na akcesoria (np. worki urologiczne) oraz metalowy reling po obu bokach wózka- min 6 metalowych uchwytów na pasy do stabilizowania pacjenta na blacie**Parametr punktowany:****półka pod leżem na dokumenty – 10 pkt****brak półki - 0pkt** |  |  |
| **II** | **Wózek transportowy do przewozu pacjentów siedzących ze schorzeniami neurologicznymi (3 szt.) –** podać producenta model/typ, rok produkcji oferowanego wózka  |  | **………..** |
|  | Wózek specjalny o podwyższonym komforcie ze stabilizacją głowy i pleców wykonany z wysokiej jakości aluminium |  |  |
|  | Wózek dedykowany dla osób z niestabilnym tułowiem, szczególnie dla pacjentów z paraliżem lub niedowładem czterokończynowym, trzykończynowym, dla osób po udarach z SM  |  |  |
|  | Wyprofilowana tapicerka oparcia oraz siedziska zapewniające wysoki komfort. |  |  |
|  | Głębokie wyprofilowania boczne oparcia doskonale stabilizujące tułów |  |  |
|  | Wielokomorowe siedzisko zabezpieczające miednicę przed wychyleniami i zmianami pozycji.  |  |  |
|  | Zagłówek typu ORTHO doskonale podpierający i stabilizujący głowę |  |  |
|  | Koła tylne wypinane na szybkozłączki |  |  |
|  | Specjalne zaczepy mocujące oparcie do ramy wózka umożliwiają przesuwanie oparcia w pionie i poziomie umożliwiające podwyższenie oparcia lub zwiększenie głębokości siedzenia |  |  |
|  | Regulowane podnóżki z podparciem pod łydki |  |  |
|  | podłokietniki z regulacją wysokości |  |  |
|  | płyta podnóżka ze zmiennym kątem nachylenia |  |  |
|  | Na wyposażeniu pasy zapewniające prawidłową postawę siedzącą |  |  |
|  | adapter koła tylnego umożliwia ustawienie innego kąta siedzenia np. dla osób spastycznych, po porażeniach czterokończynowych |  |  |
|  | koła tylne w adapterze umożliwiającym zmianę środka ciężkości, |  |  |
|  | Obciążenie maksymalne wózka min. 130 kg |  |  |
|  | Szerokość siedziska wózka do uzgodnienia z Zamawiającym na etapie realizacji umowy  |  |  |
|  | **Wymagania ogólne:** |  |  |
|  | Okres gwarancji na sprzęt i wyposażenie min. **36 miesięcy** (podać oferowany okres gwarancji) |  |  |
|  | Zaoferowane urządzenie jest fabrycznie nowe i gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów czy inwestycji. |  |  |
|  | Instalacja sprzętu przez autoryzowany serwis producenta |  |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny - podać adres |  |  |
|  | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48 h) w dni robocze (od pn-pt z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) |  |  |
|  | Czas naprawy nie wymagający sprowadzenia części zamiennych max 3 dni robocze |  |  |
|  | Czas naprawy wymagający sprowadzenia części zamiennych max 7 dni robocze |  |  |
|  | Gwarancja na wymieniony element/ podzespół na okres, na jaki gwarancji udzieli producent wymienionego elementu/podzespołu albo do upływu terminu gwarancji na całe urządzenie, w zależności, który termin upłynie później. |  |  |
|  | Liczba napraw gwarancyjnych tego samego podzespołu/elementu uprawniająca do wymiany podzespołu/elementu na nowy - maksymalnie 3 |  |  |
|  | Gwarancja obejmuje wszystkie koszty związane z przeglądami, dojazdem i usunięciem usterki |  |  |
|  | Deklaracja zgodności oznaczona znakiem CE -dołączyć do oferty |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim (przy dostawie) |  |  |
|  | Gwarancja produkcji części zamiennych minimum 10 lat  |  |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego z zasad eksploatacji i obsługi urządzeń w miejscu użytkowania sprzętu potwierdzone protokołem  |  |  |

**Maksymalna suma punktów wynosi 40 pkt.**

Liczba przyznanych punktów za zaoferowane parametry służyć będzie ocenie w kryterium Jakość (parametry techniczno-funkcjonalne).

**Uwaga!**

Parametry wskazane w kolumnie "Wymagane parametry minimalne" są parametrami granicznymi, co oznacza że niespełnienie któregokolwiek wymaganego parametru opisującego przedmiot zamówienia spowoduje odrzucenie oferty. **Brak odpowiedzi w kolumnie „tak/nie” będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanym przedmiocie zamówienia**.

W przypadku, gdy Zamawiający określił dany parametr jako punktowany, oznacza to, że za jego spełnienie (zaoferowanie) oferta Wykonawcy otrzyma wskazaną liczbę punktów, które służyć będą ocenie oferty w kryterium **Jakość (parametry techniczno-funkcjonalne)**. Za brak spełnienia tego parametru Zamawiający przyzna ofercie 0 pkt za ten parametr.

W przypadku, gdy w ramach danego parametru określony został minimalny poziom spełnienia, a punktacja określona została w przypadku zaoferowania parametru lepszego niż minimalnie wymagany:

* w przypadku, gdy oferta nie spełni minimalnego poziomu – to zostanie odrzucona,
* gdy Wykonawca zaoferuje parametr na wymaganym poziomie, ale niższym niż poziom za który określono przyznanie punktów – oferta otrzyma 0 pkt w kryterium oceny ofert „Jakość”;
* Gdy Wykonawca zaoferuje parametr „lepszy” zgodnie z opisem oceny – Zamawiający przyzna za dany parametr punkty określone dla danego parametru.
* Jeśli Wykonawca nie poda wartości oferowanej dla parametru ocenianego a jedynie potwierdzi spełnienie danego parametru (wpisze: tak) – Zamawiający uzna, że Wykonawca zaoferował dany parametr na minimalnym wymaganym poziomie i przyzna 0 pkt w kryterium oceny ofert „Jakość”

Treść oświadczenia wykonawcy:

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania postępowania do dostarczenia przedmiotu zamówienia spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Ww. przedmiot zamówienia zobowiązujemy się dostarczyć za następującą cenę:

**Formularz asortymentowo-cenowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa** | **j.m** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto (zł)** | **Stawka VAT (%)** | **Wartość brutto (zł)** |
| kol. D x kol. E | (kol. F x kol. G%) + kol. F |
| *A* | *B* | *C* | *D* | *E* | *F* | *G* | *H* |
|  | **Wózek transportowy do przewozu pacjentów leżących z napędem elektrycznym** | szt.  | **2** |  |  | **8** |  |
|  | **Wózek transportowy do przewozu pacjentów siedzących ze schorzeniami neurologicznymi**  | szt | **3** |  |  | **8** |  |
| **RAZEM** |  |  |  |

**Uwaga! Niniejszy załącznik stanowi integralną część oferty i nie podlega uzupełnieniu.**

**Dokument winien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym**