

DZP.KK.282.2.2023

Sopot, dnia 29.03.2023 roku

WYJAŚNIENIA I MODYFIKACJA TREŚCI SPECYFIKACJI WARUNKÓW ZAMÓWIENIA PRZETARG NIEOGRANICZONY – ZNAK: 2-TP-23

dot.: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na dostawę sprzętu oraz wyposażenia medycznego na potrzeby realizacji projektu pn.: „Utworzenie Centrum Opieki Geriatrycznej w Pomorskim Centrum Reumatologicznym im. dr Jadwigi Titz – Kosko w Sopocie Sp. z o.o.” dofinansowanego z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, w podziale na 21 Pakietów – oferty częściowe.- znak 2-TP-23

1. Działając na podstawie art. 284 ust. 2 i 6 ustawy z dnia 11 września 2019 roku Prawo zamówień publicznych (j.t. Dz. U.2022.1710 ze zm.) – Zamawiający – w odpowiedzi na pytania zgłoszone w toku przedmiotowego postępowania przez Wykonawców – udziela następujących wyjaśnień dotyczących Specyfikacji Warunków Zamówienia.

Lp.	Treść pytania	Treść wyjaśnienia udzielonego przez Zamawiającego
1.	Pakiet 20 Skaner żył Pkt. 11 Czy Zamawiający dopuści do przetargu skaner żył, w którym głębokość żyły może być obrazowana z wykorzystaniem łączenia kombinacji dwóch kolorów - fioletowego, niebieskiego zielonego, czerwonego, granatowego i żółtego (w pozytywie lub negatywie) co ma znaczenie przy badaniu pacjentów o różnych odcieniach skóry? Kolor obrazowanej żyły zmienia się wraz ze zmianą głębokości położenia żyły.	Tak, Zamawiający dopuszcza i modyfikuje zapis w poz. 11 zał. nr 3.20 do SWZ

Do niniejszych wyjaśnień załącza się załączniki:

1. Zmodyfikowana treść Zał. nr 3.20 do SWZ 2-TP-23

Pozostała treść Specyfikacji Warunków Zamówienia na dostawę sprzętu oraz wyposażenia medycznego na potrzeby realizacji projektu pn.: „Utworzenie Centrum Opieki Geriatrycznej w Pomorskim Centrum Reumatologicznym im. dr Jadwigi Titz – Kosko w Sopocie Sp. z o.o.” dofinansowanego z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, w podziale na 21 Pakietów – oferty częściowe (znak: 2-TP-23) - **nie zmienia się.**

Prezes Zarządu
mgr Tomasz Augustyniak





Specyfikacja Warunków Zamówienia – tryb podstawowy bez negocjacji – znak: 2-TP-23

ZAŁĄCZNIK NR 3.20

SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

PAKIET NR 20 – Skaner do wykrywania żył

Lp.	Wymagania ogólne	Parametr wymagany	Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE
I	Nazwa i typ	Podać	
II	Nazwa i typ urządzenia	Podać	
III	Kraj pochodzenia	Podać	
IV	Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe)	Min. 2022 lub nowszy	
V	Zamawiana ilość	1 szt.	
	Wymagania ogólne	Parametr wymagany	Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE
1.	Bezkontaktowy iluminator naczyniowy do iluminacji naczyniowej, umożliwiający zlokalizowanie żył powierzchniowych.	TAK*	
2	Urządzenie bezpieczne, przenośne i podręczne – możliwość trzymania w ręce lub na statywie	TAK	
3.	Światło podczerwone (niewidzialne) emitowane w technologii dual LED do lokalizacji żył podskórnych oraz światło widzialne do ich obrazowania na powierzchni skóry Zamawiający dopuszcza produkt alternatywny do wymienionego powyżej: Skaner żył: Trzy tryby obrazu: niebieski i biały, czerwony i zielony, czerwony i biały	TAK*, podać	
4.	Mobilny statyw jezdny z podwójnym, składanym ramieniem pozwalającym zachować niezmiennie w poziomie położenie aparatu przy regulacji góra-dół, z głowicą zatraskową, z koszykiem na akcesoria i blokadą kół	TAK*	zachować niezmiennie w
5.	Możliwość ładowania skanera podczas pracy w statywie i pracy na zasilaczu sieciowym	TAK	
6	Wymiary skanera: (dł. x szer. x gł.): 235 (+/- 25 mm) x 55 x 55 mm (+/- 15 mm)	TAK	
7.	Waga urządzenia max 500 g	TAK, podać	
8.	Urządzenie zasilane baterią litowo – jonową o pojemności min. 5000 mAh i wyposażone w kompatybilną ładowarkę do ładowania na statywie Zamawiający dopuszcza mniejszą pojemność baterii, o ile ciągły czas pracy przy pełnym naładowaniu z włączonym światłem do podświetlania żył min. 3 h	TAK*	
9.	Czas do pełnego ładowania baterii max. 4h	TAK*, podać	
10.	Ciągły czas pracy przy pełnym naładowaniu z włączonym światłem do podświetlania żył min. 3 h	TAK*	
11.	Tryb pomiaru głębokości żył i wyświetlenia na skórze wyniku pomiaru, min. trójstopniowo. <u>Zamawiający dopuszcza:</u> skaner żył, w którym głębokość żyły może być obrazowana z wykorzystaniem łączenia kombinacji dwóch kolorów - fioletowego, niebieskiego zielonego, czerwonego, granatowego i żółtego (w pozytywie lub negatywie); kolor obrazowanej żyły	TAK	

Specyfikacja Warunków Zamówienia – tryb podstawowy bez negocjacji – znak: 2-TP-23

	zmienia się wraz ze zmianą głębokości położenia żyły.		
12.	Urządzenie sklasyfikowane jako wyrób medyczny	TAK*	
13.	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
14.	Serwis gwarancyjny na terenie Polski	Tak, podać dane serwisu	Nazwa firmy serwisu: ... Adres: ... Tel.: e-mail: ...

* Zamawiający wymaga potwierdzenia parametru w przedmiotowych środkach dowodowych wskazanych w Rozdz. VI.1.II.2) SWZ.

Uwaga!

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty osoby upoważnionej