

SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Zadanie nr 5: Inhalator pneumatyczny szt.2

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa, montaż oraz uruchomienie Urządzenia **Inhalator pneumatyczny szt.2** zwanego dalej „sprzętem” dla potrzeb Uzdrawiska Goczałkowice – Zdrój Sp. z o. o.
2. Wymogi medyczne i warunki techniczne przedmiotu zamówienia Zamawiającego podał poniżej w niniejszym załączniku do SWZ.
3. Przedmiot zamówienia obejmuje w szczególności:
 - a) Dostawę, montaż oraz uruchomienie urządzenia w miejscu dostawy.
 - b) Udzielenie gwarancji, jakości dla nowego sprzętu na okres nie krótszy niż 24 miesiące oraz rękojmi za wady na okres równy okresowi udzielonej gwarancji.
 - c) Zapewnienie w cenie oferty serwisu i obowiązkowych przeglądów przez cały okres gwarancji i rękojmi dla oferowanego sprzętu, wykonywanych zgodnie z zaleceniami producenta i wymogami przepisów prawnych, ale nie rzadziej niż raz do roku, potwierdzonymi wpisem do paszportu technicznego urządzeń.
 - d) Dostarczenie instrukcji obsługi (w języku polskim) oraz przeprowadzenie szkolenia (w języku polskim) minimum 7 pracowników użytkownika w zakresie obsługi i eksploatacji dostarczonego sprzętu w miejscu dostawy.
1. Dostawa przedmiotu zamówienia będzie się odbywać na koszt i ryzyko Wykonawcy.
2. Sprzęt należy dostarczyć, zamontować i uruchomić w terminie wymaganym: do 8 tygodni od dnia zawarcia umowy.
3. Wykonawca zobowiązany jest do bezwzględnego uzgodnienia z Zamawiającym terminu dostawy sprzętu.
4. Oferowany Sprzęt musi być oznakowany znakiem CE i posiadać ważną deklarację zgodności CE.
5. Sprzęt wymagany fabrycznie nowy. Nie dopuszcza się egzemplarzy powystawowych, rekondukcjonowanych, po demonstracyjnych, itp.

II. OPIS TECHNICZNY – WARUNKI GRANICZNE OFEROWANEGO SPRZĘTU Inhalator pneumatyczny szt.2

1. Nazwa producenta:

.....

2. Nazwa i typ Sprzętu:

.....

3. Kraj pochodzenia:

.....

UWAGA!

Wykonawca zobowiązany jest wypełnić wszystkie wiersze w kolumnie „Parametr oferowany”, przy czym:

- a) W przypadku, gdy Zamawiający wymaga podania parametru w formie wartości liczbowej, Wykonawca winien podać wartość cyfrowo;
- b) W przypadku, gdy Zamawiający wymaga podania parametru w formie wartości słownej, Wykonawca winien podać wartość słownie, wpisując odpowiednie sformułowanie lub opis;
- c) W przypadku, gdy Zamawiający wymaga określenia czy sprzęt posiada lub nie posiada danego parametru, Wykonawca winien wpisać odpowiednio TAK lub NIE;

Oferta Wykonawcy, który nie wpisze żadnej wartości odpowiednio liczbowej/słownej/sformułowania TAK lub NIE, w obrębie poszczególnych parametrów, wpisze wartość parametru powyżej maksimum lub poniżej minimum (w zależności od parametru) określonego przez

Zamawiającego lub wpisze, że sprzęt nie posiada parametru, w przypadku, gdy będzie on obligatoryjny, zostanie odrzucona na podstawie art. 226 ust. 1 pkt 5 PZP.

L.P.	OPIS PARAMETRU / WARUNKU	Parametr wymagany	Parametr oferowany/ podać	Parametr oceniany
I INFORMACJE OGÓLNE				
1	Producent	TAK, podać		bez oceny
2	Kraj pochodzenia	TAK, podać		bez oceny
3	Model	TAK, podać		bez oceny
4	Rok produkcji nie starszy niż 2023	TAK, podać		bez oceny
II PARAMETRY PODSTAWOWE				
1	Inhalator pneumatyczny z wbudowanym modulem pulsacji aerozolu przeznaczony do użytkowania w szpitalu, przystosowany do pracy ciąglej	TAK, podać		Wymagane
2	Przejrzysty panel sterujący	TAK, podać		Wymagane
3	Możliwość rozpylania wszystkich rodzajów leków wziewnych	TAK, podać		Wymagane
4	Precyzyjne podawanie aerozolu	TAK, podać		Wymagane
5	Funkcja odliczania czasu trwania zabiegu	TAK, podać		Wymagane
6	Automatyczne wyłączanie inhalatora po zakończonym zabiegu	TAK, podać		Wymagane
7	Możliwość programowania zabiegu inhalacji - zapamiętania ustawień na konkretnym programie, dzięki czemu można w łatwy i szybki sposób rozpocząć zabieg	Tak		Wymagane
8	Wibroaerozol – wbudowany moduł pulsacji aerozolu	Tak		Wymagane
9	Wydajność sprężarki min. 15 l/min	Tak		Wymagane
10	Maksymalne ciśnienie max. 3,5 bar	Tak		Wymagane
11	Waga max. 7 kg	Tak		Wymagane
12	Wymiary max. 350x240x135 mm.	Tak		Wymagane
13	Nebulizator min. 1 sztuka	Tak		Wymagane
14	Maska dla dorosłych min. 1 sztuka	Tak		Wymagane
15	Ustnik z zaworkiem – min. 1 sztuka	Tak		Wymagane
16	Końcówka nosowa dla ustnika z zaworkiem – min. 1 sztuka	Tak		Wymagane
17	Zawór oszczędzania leku min. 1 sztuka	Tak		Wymagane
18	Przewód powietrza (min. 1 m) - min. 1 sztuka	Tak		Wymagane

19	Przewód wibracji (min. 1 m) – min. 1 sztuka	Tak		Wymagane
20	Trójnik wibracji – min. 1 sztuka	Tak		Wymagane
21	Filtr powietrza – min. 3 sztuki	Tak		Wymagane
22	Przewód zasilający – min. 1 sztuka	Tak		Wymagane
23	Deklaracja zgodności dla wyrobów medycznych	Tak		Wymagane
24	Instrukcja w języku polskim	Tak		Wymagane

IV GWARANCJA I SERWIS				
1	Oświadczenie (wraz z kopią deklaracji zgodności CE) potwierdzające, że oferowany wyrób oznakowany jest znakiem CE i posiada ważne deklaracje zgodności CE	TAK, załączyć do oferty		bez oceny
2	Instrukcja obsługi w języku polskim – 1 egz. w wersji papierowej, 1 egz. w wersji elektronicznej – załączyć przy dostawie sprzętu.	TAK		bez oceny
3	Udzielenie gwarancji jakości dla przedmiotu zamówienia na okres nie krótszy niż 24 miesiące oraz rękojmi za wady na okres równy okresowi udzielonej gwarancji dla oferowanego urządzenia (podać)	TAK		bez oceny
4	Wykonanie nieodpłatne obowiązkowych przeglądów w okresie gwarancji, zgodnie z wymaganiami i w ilościach zalecanych przez producenta sprzętu oraz przepisami prawa w cenie oferty nie rzadziej niż raz w roku	TAK		bez oceny
5	Siedziba autoryzowanego serwisu - dokładny adres i nr telefonu, adres e-mail.	TAK, podać		bez oceny
6	Maksymalny czas usunięcia awarii w ramach gwarancji nie może przekroczyć 7 dni roboczych.	TAK, podać		bez oceny
7	Paszport techniczny (dostarczyć wraz z urządzeniem)	Tak		bez oceny
8	Szkolenie wstępne dla personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia w miejscu instalacji.	Tak		bez oceny
9	Czas reakcji serwisu do 72 godzin w dni robocze od momentu zgłoszenia wady (awarii) rozumiany jako podjęcie działań naprawczych.	TAK, podać		bez oceny
10	Gwarancja dostępności części zamiennych, materiałów eksploatacyjnych – minimum 10 lat od daty dostarczenia Sprzętu.	TAK, podać		bez oceny
11	W okresie gwarancji 3 naprawy tego samego typu (techniczne lub wynikające z wad ukrytych) powodują wymianę elementów na nowe.	TAK, podać		bez oceny

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczam, że oferowane urządzenie (Sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest fabryczne nowe, kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług.

.....
miejscowość i data

Formularz podpisany przy pomocy podpisu elektronicznego
dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym,
Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF