**Załącznik nr 1a**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa artykułu** | **Jm** | **Ilość** | **Cena dzierżawy****1 sztuki aparatu****netto za** **1 dzień** | **Cena dzierżawy****1 sztuki aparatu****brutto za** **1 dzień** | **Wartość netto** **(730 dni x ilość sztuk****x cena)** | **Wartość brutto** **(wartość netto x stawka VAT)** | **Producent** |
| 1 | Dzierżawa koncentratora tlenu  | szt | **52** |  |  |  |  |  |

**Wartość zamówienia netto:**

**Wartość zamówienia brutto:**

Specyfikacja techniczna koncentratora tlenu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Funkcja / Parametr** | **Parametr Graniczny, wymagany** | **Parametr oferowany (należy opisać)**  |
| nazwa i model urządzenia | podać |  |
| producent (pełna nazwa firmy, kraj) | podać |  |
| Rok produkcjiwszystkie koncentratory tlenu nie starsze niż 5 lat (licząc od daty produkcji do dnia obowiązywania umowy) | Podać |  |
| Zasilanie 230V, 50Hz | TAK |  |
| waga koncentratora max 15 kg | =15 kg- O pktponiżej -50 pkt |  |
| wymiary (wys. x szer. x głęb.) | podać |  |
| filtr kurzu zewnętrzny | tak |  |
| filtr wewnątrz urządzenia | tak |  |
| poziom głośności poniżej 50 db | > 45dB- O pktponiżej -50 pkt |  |
| alarmy wysokiego i niskiego ciśnienia | wymagane |  |
| stężenie O2 ( podać wartość) | 1-5 L /min |  |
| zakres przepływu w litrach/minutę | ½ - 5  |  |
| Dostawa urządzeń do domu pacjenta wraz z przeszkoleniem pacjenta ( oraz członka rodziny lub opiekuna) przez serwis techniczny, potwierdzona własnoręcznymi podpisami | wymagane |  |
| Naprawa w domu u pacjenta przez serwis techniczny wykonawcy i urządzenie zastępcze w przypadku konieczności naprawy poza domem pacjenta | wymagane |  |
| Serwis obsługujący pacjentów ZOZ w Suchej Beskidzkiej (podać) | wymagane |  |
| Instrukcja obsługi w języku polskim | Wymagane( dostawa instrukcji wraz z urządzeniem) |  |
| Dokument potwierdzający dopuszczenie do stosowania na terenie Krajów Unii Europejskiej (w tym na terenie Polski), zgodnie z ustawą z dnia **7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych oraz z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5.04.2017 r. w sprawie wyrobów medycznych (**wpis do rejestru wyrobów medycznych, deklaracja zgodności dla zaoferowanego wyrobu), wyrób oznaczony znakiem CE | TAK |  |

# WARUNKI GWARANCJI, SERWISU I SZKOLEŃ

 **( parametry bezwzględnie wymagane)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Gwarancja i serwis | **TAK** (potwierdzenie spełnienia wymogu przez Wykonawcę**)**/ **Opis** |
| 1. | 2. | 3. |
|  | Pełna gwarancja na oferowane koncentratory tlenu obejmująca utrzymanie w 100% sprawności i gotowości koncentratorów do bieżącej pracy, liczona od dnia podpisania protokołu odbioru i przekazania do bieżącej eksploatacji oferowanych koncentratorów w ciągu całego okresu dzierżawy tj 24 m-ceGwarancja obejmuje koszty wszystkich napraw, przeglądów oraz wymianę wszystkich elementów:- zużywalnych,- serwisowych,- eksploatacyjnych |  |
|  | W zakresie gwarancji wymagane przez producenta przeglądy okresowe wraz z kosztami wymienianych części zamiennych, pakietów naprawczych i innych elementów zużywalnych. Cały zakres powyżej opisanej opieki serwisowej stanowi koszt Wykonawcy w ramach złożonej ceny oferty przetargowej |  |
|  | **Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji maksymalnie do 12 godzin od zgłoszenia.** | Podać zaoferowany  |
|  | Reakcja serwisu ma polegać na:- właściwej naprawie zakończonej usunięciem niesprawności,- podjęci naprawy, której nie udało się zakończyć,- diagnostyce systemu, która doprowadzi do zlokalizowania przyczyny niesprawności i  zamówienia niezbędnych materiałów do naprawy,- innych działaniach skutkujących usunięciem niesprawności lub jej diagnozowaniem. |  |
|  | W przypadku, gdy okres niesprawności koncentratora przekracza 12 h Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia urządzenia zastępczego na czas naprawy. Dostarczenie i zainstalowanie urządzenia zastępczego w terminie ………. (**zgodnie ze złożoną ofertą)** licząc od dnia stwierdzenia, że niesprawność koncentratora przekraczać będzie 12 godz.  |  |
|  | Sprawowanie nadzoru na urządzeniami, wykonania przeglądów serwisowych w domu pacjenta co najmniej 1x w roku (lub zgodnie z zaleceniami producenta sprzętu) wraz z wymianą filtrów. Raporty po wykonanych przeglądach i naprawach będą przesyłane do Zamawiającego – zbiorczo z podaniem nazwy użytkowników i nr fabrycznego aparatu wraz z kartą serwisową koncentratorów tlenu – w okresach kwartalnych do dnia 15 pierwszego miesiąca następnego kwartału. |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim  |  |
|  | Paszport techniczny dla każdego urządzenia ważny na czas trwania umowy |  |
|  | Szkolenia : |  |
|  | Szkolenie personelu Zamawiającego w zakresie obsługi i eksploatacji koncentratorów.  |  |
|  | Szkolenia pacjenta i/lub opiekuna w zakresie racjonalnej i bezpiecznej eksploatacji koncentratorów pod względem medycznym i technicznym, przekazania pisemnej instrukcji obsługi oraz numeru telefonu awaryjnego do serwisu Wykonawcy |  |
|  **Stan i wyposażenie koncentratora dostarczanego do nowego pacjenta (uwzględnione w cenie oferty)** |
| 10 | Koncentrator w pełni sprawny technicznie, w stanie gotowości do pracy przez 12 miesięcy, tj. do najbliższej kontroli serwisowej |  |  |
| 11 | Koncentrator akcesoria zdezynfekowane |  |  |
| 11 | Zamontowany nowy filtr powietrza umożliwiający pracę urządzenia przez 12 miesięcy w przeciętnych warunkach domowych |  |  |
| 12 | Zamontowany nowy filtr przeciwbakteryjny umożliwiający pracę urządzenia przez 12 miesięcy w przeciętnych warunkach domowych |  |  |
| 13 | Zbiornik na wodę do nawilżania tlenu (nawilżacz) |  |  |
| 14 | Końcówka do podaży tlenu „na sucho” (bez nawilżacza) |  |  |
| 15 | Instrukcja obsługi w języku polskim |  |  |
| 16 | Przewody nosowe krótkie: ok. 3m (2 szt)/lub średnie ok. 5m (2szt) lub długie ok. 10m (1 szt) |  |  |
|  **Wymagania dotyczące czynności serwisowych (uwzględnione w cenie oferty)** |
| 17 | Kontrola serwisowa u każdego pacjenta: minimum raz na 12 miesięcy, potwierdzająca gotowość koncentratora do pracy przez kolejne 12 miesięcy.Skan dokumentu świadczącego o wizycie serwisowej Wykonawca przesyła Zamawiającemu w terminie do 5 dni roboczych |  |  |
| 18 | Przegląd techniczny w okresach wynikających z instrukcji dokumentowany w Paszporcie technicznym lub w innej tożsamej ewidencji.Dokumentację prowadzi Wykonawca, który na żądanie Zamawiającego przekaże kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem |  |  |
| 19 | Wymiana filtra powietrza minimum raz na 12 miesięcy. |  |  |
| 20 | Wymiana filtra przeciwbakteryjnego minimum raz na 12 miesięcy. |  |  |
| 21 | Dostawa nowych przewodów nosowych 2 sztukiminimum raz na 12miesięcy. |  |  |
| 22 | Zapewnienie dodatkowych zbiorników na wodę do nawilżania tlenu w przypadku uszkodzenia przez pacjenta (maksymalnie 1 na rok kalendarzowy na 1 pacjenta) |  |  |
| 23 | Wykonanie dodatkowego międzyokresowego czyszczenia koncentratorów z ewentualną wymianą filtrów powietrza dla ok. 20% pacjentów.Potrzeby takie będą zgłaszane przez Zamawiającego w formie wiadomości e-mail. |  |  |