**Zał. 1A-4 do SWZ**

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część nr 4 – System ogrzewania pacjenta podczas zabiegu**

**„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 Systemu ogrzewania pacjenta podczas zabiegu. 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 2024** r.

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

33100000-1 Urządzenia medyczne,

 33190000-8 Różne urządzenia i produkty medyczne

 33162100-4 Urządzenia używane na salach operacyjnych

W poniższej części Załącznika „**1A-4**” 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** |
|  | **System ogrzewania pacjenta podczas zabiegu (1 kpl.)** | Podać markę, model, producenta:  | **…………………..** |
|  | **Parametry ogólne:** |  |  |
|  | System działający w technologii suchego grzania kontaktowego bez udziału wody lub powietrza oparty na technologii elementów grzewczych wykonanych z elastycznych, polimerów węglowych. |  |  |
|  | System wraz z odpowiednim elementem grzewczym przeznaczony do zastosowania u pacjentów neonatologicznych, pediatrycznych i dorosłych. |  |  |
|  | System niewymagający materiałów jednorazowego użytku (system wielorazowego użytku). |  |  |
|  | System złożony ze sterownika oraz elementów grzewczych. |  |  |
|  | System przystosowany do pracy ciągłej 24h/dobę |  |  |
|  | System przetestowany zgodnie z obowiązującą normą dotyczącą kompatybilności elektromagnetycznej IEC / EN 60601-1-2 |  |  |
|  | **Sterownik/kontroler:** |  |  |
|  | Zasilanie sterownika 230V/50HZ |  |  |
|  | Zasilanie bateryjne z możliwością pracy przez min. 1,5 godz. niezależnie od zasilania z sieci **Parametr punktowany:****Zasilanie bateryjne do 1 godz. 50 min. niezależnie od zasilania z sieci – 0 pkt.****Zasilanie bateryjne powyżej 1 godz. 50 min. niezależnie od zasilania z sieci – 10 pkt.** |  |  |
|  | Sterownik z możliwością podłączenia i niezależnego sterowania jednym lub dwoma elementami grzewczymi jednocześnie  |  |  |
|  | Dwa niezależne gniazda do przyłączenia elementów grzewczych. |  |  |
|  | Każdy kanał z osobną regulacją i kontrolą temperatury |  |  |
|  | Wyświetlacz cyfrowy pokazujący temperaturę zadaną (zaprogramowaną) i rzeczywistą (zmierzoną) dla każdego z kanałów niezależnie |  |  |
|  | Wyświetlacz informujący o alarmach. Wyświetla odpowiedni kod alarmu w sytuacji alarmowej. |  |  |
|  | Sygnalizacja trybu pracy urządzenia (na wyświetlaczu lub w postaci wskaźnika) |  |  |
|  | Regulacja temperatury w zakresie nie mniejszym niż 32-39ºC (podać zakres) |  |  |
|  | Krok regulacji temperatury nie większy niż 0,5ºC w całym zakresie regulacji dla każdego z kanałów (podać krok regulacji). |  |  |
|  | „Autotest” - automatyczne sprawdzanie poprawności działania kontrolki i alarmów przy każdym włączeniu urządzenia |  |  |
|  | Zabezpieczenia w postaci akustycznych i wizualnych alarmów (każdy z alarmów ma określony symbol i wyświetlany jest dla danego kanału, w którym wystąpił błąd):* temperatura materaca za wysoka < 41˚C
* temperatura materaca za niska
* przekroczenie czasu osiągnięcia temperatury zadanej
* uszkodzenie/awaria czujnika
* Uszkodzenia / awaria materaca
 |  |  |
|  | Zabezpieczenie pacjenta i personelu poprzez wyłączenie funkcji grzania w przypadku wykrycia awarii i alarmu o średnim priorytecie. |  |  |
|  | Zabezpieczenie przed przegrzaniem o progu bezpieczeństwa ponad 41˚C przy którym grzanie jest automatycznie wyłączane. |  |  |
|  | Mocowanie sterownika na stojaku do kroplówek lub na medycznej szynie profilowej za pomocą własnych, zintegrowanych ze sterownikiem uchwytów. |  |  |
|  | Złącze do wyrównywania potencjałów |  |  |
|  | Czyszczenie i dezynfekcja sterownika i elementów grzewczych ogólnodostępnymi środkami dezynfekcyjnymi (lista środków dezynfekcyjnych zawarta w instrukcji obsługi) |  |  |
|  | Rozmiar sterownika maks. wys. / szer. / głęb. 310 x 160 x 140 mm |  |  |
|  | Masa jednostki sterującej (sterownika) ≤ 2,7 [kg] (podać wagę)**Parametr punktowany:****Waga z baterią do 2,5kg – 10 pkt.** **Waga z baterią powyżej 2,5 kg - 0 pkt.** |  |  |
|  | Maksymalny pobór mocy: do 180W (podać)**Parametr punktowany:****Pobór mocy do 160W – 10 pkt.****Pobór mocy powyżej 160W – 0 pkt.** |  |  |
|  | Wyświetlacz typu TFT o przekątnej min. 3,5”; wymiary min. (szer. 75 x wys. 65 mm) |  |  |
|  | Możliwość zastosowania systemu z wielorazowymi elementami grzewczymi w postaci: kocy przykrywających pacjenta, kocy podkładowych pod pacjenta, mat, materacy -kompatybilne z oferowanym systemem/sterownikiem. |  |  |
|  | **Elementy grzewcze:** |  |  |
|  | W zestawie z kontrolerem Zamawiający wymaga:dla pacjentów o wzroście powyżej 90 cm uniwersalny element grzewczy wielorazowego użytku w rozmiarze: 1500 x 500 x 30 mm +5mm, w postaci elastycznego koca grzewczego / materaca na lub pod pacjenta, element grzewczy posiadający 8 czujników temperatury kompatybilne z oferowanym systemem/sterownikiem, w komplecie przedłużacz przyłączeniowy o długości min. 3 m, dwa pokrowce do elementu grzewczego wyposażony w taśmy mocujące do stołu operacyjnego |  |  |
|  | Dostępne elementy grzewcze w postaci mat i materacy grzewczych dedykowanych do profilaktyki przeciwodleżynowej na stole operacyjnym  |  |  |
|  | Dostępne uniwersalne elementy grzewcze używane jako koce przykrywające pacjenta od góry lub jako koce podkładowe pod pacjenta |  |  |
|  | koc grzewczy na lub pod pacjenta ogrzewający niezależnie od strony jego ułożenia. Brak wydzielonej tylko jednej strony grzewczej (aktywnej). |  |  |
|  | Elementy grzewcze, przezierne dla promieni RTG |  |  |
|  | Elementy grzewcze zasilane napięciem bezpiecznym ≤ 24V (podać napięcie zasilania) |  |  |
|  | Ochrona przed wnikaniem płynów min. IPX2 |  |  |
|  | Czas nagrzania od temp. 23,0°C do 37,0°C max. 11 min. (podać czas nagrzania)**Parametr punktowany:****Czas nagrzania do 10 minut – 10 pkt.;** **Czas nagrzania powyżej 10 minut – 0 pkt.** |  |  |
|  | Temperatura elementu grzewczego monitorowana przez min. 8 czujników rozmieszczonych na jego powierzchni. |  |  |
|  | Długość dodatkowego przewodu przedłużającego łączącego sterownik z elementem grzewczym – min. 3 m  |  |  |
|  | Elementy grzewcze jak i pokrowce / osłony elementu grzewczego niezawierające lateksu. |  |  |
|  | Dostępne pokrowce / osłony na elementy grzewcze z mocowaniem do stołu operacyjnego. |  |  |
|  | Pokrowce na elementy grzewcze z możliwością prania w temp. do 95˚ C i dezynfekcji. |  |  |
|  | Element grzewczy pokryty tkaniną odporną na krew i płyny |  |  |
|  | Element grzewczy posiadający pokrycie zabezpieczające przed przedostaniem się do wewnątrz płynów. |  |  |
|  | **Wymagania dodatkowe (ogólne):** |  |  |
|  | Okres gwarancji na dostarczone urządzenia min. **24 miesiące** (podać oferowany okres gwarancji) |  |  |
|  | Zaoferowane urządzenie jest fabrycznie nowe i gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów czy inwestycji. |  |  |
|  | Instalacja aparatu przez autoryzowany serwis producenta |  |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny - podać adres: |  |  |
|  | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 24 h) w dni robocze (od pn-pt z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) |  |  |
|  | Czas naprawy nie wymagający sprowadzenia części zamiennych max 2 dni robocze |  |  |
|  | Czas naprawy wymagający sprowadzenia części zamiennych max 5 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 |  |  |
|  | W okresie gwarancji min. po 1 nieodpłatnym przeglądzie technicznym w każdym roku obowiązywania gwarancji – lub wg zaleceń i wskazań producenta (ostatni na koniec okresu gwarancyjnego). |  |  |
|  | **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  |  |  |
|  | W cenie zawarty jest komplet akcesoriów, okablowania itp. asortymentu niezbędnego do uruchomienia i funkcjonowania urządzeń jako całości w wymaganej specyfikacją konfiguracji  |  |  |

**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* |
|  | **System ogrzewania pacjenta podczas zabiegu (z wyposażeniem)** | kpl | 1 |  |  | **8** |  |
| **RAZEM** |  |  |  |

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

**Dokument winien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym**