Kraków, dn. 11.09.2023 r.

SZP-271/31-2/2023

**Do wszystkich zainteresowanych**

**Dot. sprawy: SZP/30/2023 - wyjaśnienie i zmiany treści SWZ**

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na: **„Dostawę sprzętu medycznego dla Szpitala Specjalistycznego im. J. Dietla w Krakowie”.**

1. **WYJAŚNIENIA TREŚCI SWZ**

Działając na podstawieart. 284 ust. 2ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (zwana dalej: PZP), Zamawiający przekazuje poniżej treść zapytań, które wpłynęły do Zamawiającego wraz z wyjaśnieniami:

**Pytanie 1** **dotyczy pakietu nr: 13 Wózek do przewożenia chorych**

**(Ad pkt. 1)** Czy W związku z wymogiem dostarczenia wózka o konstrukcji kolumnowej i Konstrukcji pokrytej osłoną, odporną na środki dezynfekcyjne (pkt 2) - czy dla zachowania lepszej septyki w szpitalu leże ma być oparte na kolumnach z osłonami o gładkiej powierzchni łatwej do dezynfekcji (nie osłoniętych tworzywem składającym się w harmonijkę). Takie rozwiązanie pozwala na dokładną dezynfekcję i eliminację miejsc trudnodostępnych dla środków chemicznych, co jest bardzo istotne na oddziałach szpitalnych takich jak bloki operacyjne czy pracownie zabiegowe i jest stosowane przez wielu producentów wózków transportowych.

**ODPOWIEDŹ: Tak, Zamawiający dopuszcza, ale nie wymaga takiego rozwiązania.**

**Pytanie 2 dotyczy pakietu nr: 13 Wózek do przewożenia chorych**

**(Ad pkt 20)** Czy Zamawiający dopuści na zasadzie równoważności wózek z Przechyłami Trendelenburga i anty-Trendelenburga w zakresach +16°/-16° (± 3°)? Biorąc pod uwagę bezpieczeństwo pacjenta (zsuwanie z leża i realne wyhyły realizowane przez personel w szpitalu jest to zakres w zupełności wystarczający do prowadzenia terapii).

**ODPOWIEDŹ: Tak, Zamawiający dopuści.**

**Pytanie 3 dotyczy pakietu nr: 13 Wózek do przewożenia chorych**

**(Ad pkt 20)** Czy przechyły TL, AntyTL oraz opuszczanie leża mają być dostępne z poziomu jednej dedykowanej dźwigni (umieszczonej zgodnie z Wymaganiami z obu stron leża). Pozwala to na sterowania leżem do różnych pozycji intuicyjnie, stopami bez zaglądania na dźwignie umieszczone na podwoziu.

**ODPOWIEDŹ: Tak, Zamawiający dopuszcza, nie wymaga.**

**Pytanie 4 dotyczy pakietu nr: 13 Wózek do przewożenia chorych**

**(Ad. 18)** Czy Zamawiający oczekuje barierek bocznych chowanych pod leże, które składając się zmniejszają szerokość wózka, ułatwiają do maksimum przekładanie pacjentów, o konstrukcji bezpiecznej dla personelu (wyklucza przytrzaśnięcie palców) i eliminujące przestrzeń transferową pomiędzy wózkiem a łóżkiem/stołem zabiegowym/operacyjnym (Przy zachowaniu pozostałych wymogów tego punktu).

**ODPOWIEDŹ: Tak, Zamawiający modyfikuje Załącznik nr 2 do SWZ, Formularz cenowy wraz ze szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia, w sposób wskazany w załączniku nr 1 do niniejszych odpowiedzi (zmiany zaznaczono kolorem czerwonym).**

**Pytanie 5 dotyczy pakietu nr: 13 Wózek do przewożenia chorych**

(Ad. Punkt 18) Czy Zamawiający oczekuje wyposażenia wózka: barierki boczne z dodatkowymi uchwytami do prowadzenia, poręcze składane pod leże umożliwiające łatwe przekładanie pacjenta oraz dojście do pacjenta oraz diagnostykę (również endoskopową), wieszak kroplówki (2 haczyki), uchwyt na jednorazowe prześcieradło do zabezpieczania leża?

**ODPOWIEDŹ: Tak, Zamawiający modyfikuje Załącznik nr 2 do SWZ, Formularz cenowy wraz ze szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia, w sposób wskazany w załączniku nr 1 do niniejszych odpowiedzi (zmiany zaznaczono kolorem czerwonym).**

**Pytanie 6 dotyczy pakietu nr: 13 Wózek do przewożenia chorych**

**(Ad. Punkt 23)** Czy Zamawiający oczekuje wieszaka infuzyjnego składanego wszerz leża i montowanego na stałe eliminując możliwość zagubienia go?

**ODPOWIEDŹ: Tak, Zamawiający dopuszcza, ale nie wymaga.**

**Pytanie 7 dotyczy pakietu nr: 14 Zestaw do trudnej intubacji**

Prosimy Zamawiającego o dopuszczenie oferowania w Pakiecie nr 14 – Zestaw do trudnej intubacji (poz. 3) ekranu dotykowego o przekątnej min. 8”

**ODPOWIEDŹ: Tak, Zamawiający dopuszcza.**

**Pytanie 8** **dotyczy pakietu nr: 14 Zestaw do trudnej intubacji**

Prosimy o odstąpienie od wymogu potwierdzenia możliwości sterylizacji w tlenku etylenu z uwagi na to, że producent oferowanych wideolaryngoskopów nie przeprowadzała walidacji takiego procesu, dlatego nie może zostać ona oficjalnie potwierdzona przez wykonawcę.

**ODPOWIEDŹ: Zamawiający odstępuje od wymogu potwierdzenia możliwości sterylizacji w tlenku etylenu.**

**Pytanie 9** **dotyczy pakietu nr: 14 Zestaw do trudnej intubacji**

Prosimy o dopuszczenie widolaryngoskopów o klasie ochrony IP68 (pełne zanurzenie w roztworze podczas mycia i dezynfekcji).

**ODPOWIEDŹ: Tak, Zamawiający dopuszcza.**

**Pytanie 10 dotyczy pakietu nr: 14 Zestaw do trudnej intubacji**

Czy Zamawiający w punkcie 7 miał na myśli " … zapis przebiegu intubacji …" zamiast "… zapis

przebiegu cystoskopii …"?

**ODPOWIEDŹ: Tak, Zamawiający miał na myśli zapis przebiegu intubacji.**

**Pytanie 11 dotyczy pakietu nr: 14 Zestaw do trudnej intubacji**

Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zaoferowanie tuby ochronnej i uchwytu do endoskopów, które nie podlegają ustawie z dnia 7 kwietnia 2022r. o wyrobach medycznych (Dz.U. 2022 poz. 974), a zatem obowiązkowi wystawienia deklaracji zgodności oraz obowiązkowi oznakowania znakiem CE, dla których stawka VAT wynosi 23% (tzw. wyrób niemedyczny)?

**ODPOWIEDŹ: Tak, Zamawiający wyrazi zgodę.**

1. **ZMIANA TREŚCI SWZ**

Działając w oparciu o art. 286 ust. 1 PZP, Zamawiający informuje, że zmianie uległy zapisy SWZ.

Zamawiający informuje, że dokonuje następujących zmian:

* Załącznik nr 2 do SWZ, Formularz cenowy wraz ze szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia, w sposób wskazany w załączniku nr 1 do niniejszych odpowiedzi (zmiany zaznaczono kolorem czerwonym).

Zmiana ogłoszenia została zamieszczona w Biuletynie Zamówień Publicznych/ UPUE w dniu 11.09.2023 r. pod numerem 2023/BZP 00390204/01.

Zamawiający informuje, że pozostałe zapisy SWZ nie ulegają zmianie.

Specjalista

ds. Zamówień Publicznych

mgr Anna Winiarska

**Załącznik nr 1 do odpowiedzi na pytania.**

**ZAŁĄCZNIK NR 2 DO SWZ**

**Formularz cenowy wraz ze szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia**

**Pakiet nr: 1 – Aparat do elektroterapii *-* CPV 33100000-1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** |
|  | Aparat do elektroterapii | 1 szt. |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **SERWIS**  **(WYPEŁNIA OFERENT):** | |
| Adres: |  |
| Telefon: |  |
| Faks: |  |
| Godz. urzędowania serwisu: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | | |
| **Producent / Firma** | | **Podać** | |  |
| **Nazwa / typ urządzenia** | | **Podać** | |  |
| **Kraj pochodzenia** | | **Podać** | |  |
| **Rok produkcji nie starszy niż 2022 r.** | | **Podać** | |  |
| **Urządzenia fabrycznie nowe** | | **Podać** | |  |
| **lp.** | **Parametr wymagany** | **Ilość** | **Warunek graniczny TAK** | **Parametr oferowany** |
|  | **Aparat do elektroterapii** | **1 szt.** |  |  |
|  | Wyświetlacz min. 5” z panelem dotykowym | 1 szt. | Tak |  |
|  | Dwa niezależne kanały zabiegowe | Tak |  |
|  | Regulacja natężenia w obwodzie pacjenta | Tak |  |
|  | Test elektrod | Tak |  |
|  | Tryb manualny | Tak |  |
|  | Baza jednostek chorobowych, wybieranych po nazwie lub dziedzinie | Tak |  |
|  | Baza wbudowanych programów zabiegowych | Tak |  |
|  | Baza programów użytkownika | Tak |  |
|  | Baza programów ulubionych | Tak |  |
|  | Encyklopedia z metodyką zabiegów | Tak |  |
|  | Statystyki przeprowadzonych zabiegów | Tak |  |
|  | Akumulator | Tak |  |
|  | Autotest | Tak |  |
|  | Komunikaty o błędach i uszkodzeniach | Tak |  |
|  | Zegar zabiegowy (1-60 minut) | Tak |  |
|  | Rysik do ekranu LCD | Tak |  |
|  | Elektrody do elektroterapii | 6 szt. | Tak |  |
|  | Kable pacjenta | 2 szt. | Tak |  |
|  | **OGÓLNE** |  |  |  |
|  | **Gwarancja min. 2 lata**  **2 lata – 0 pkt**  **3 lata – 10 pkt**  **4 lata – 20 pkt** | 1 szt. | Tak, podać w latach | ……lata |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu w miejscu instalacji w cenie oferty | Tak |  |
|  | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych lub innymi powszechnie obowiązującymi przepisami | Tak |  |
|  | **Dostawa do budynku Szpitala - w cenie oferty**  **poniżej 5 tygodni – 20 pkt**  **5 tygodni – 15 pkt**  **6 tygodni – 10 pkt**  **7 tygodni – 5 pkt**  **8 tygodni – 0 pkt** | Tak, podać w tygodniach | ………tygodni *(podać ilość tygodni)* |

1. Oferowany sprzęt powinien być kompletny i po zainstalowaniu gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji, poza materiałami eksploatacyjnymi.
2. Oferowany sprzęt, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcyjnych, gwarantować powinien bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami oraz zapewniać wymagany poziom świadczonych usług medycznych.

**Pakiet nr: 2 – Aparat do fizykoterapii *-* CPV 33100000-1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** |
|  | Aparat do fizykoterapii | 1 szt. |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **SERWIS**  **(WYPEŁNIA OFERENT):** | |
| Adres: |  |
| Telefon: |  |
| Faks: |  |
| Godz. urzędowania serwisu: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | | |
| **Producent / Firma** | | **Podać** | |  |
| **Nazwa / typ urządzenia** | | **Podać** | |  |
| **Kraj pochodzenia** | | **Podać** | |  |
| **Rok produkcji nie starszy niż 2022 r.** | | **Podać** | |  |
| **Urządzenia fabrycznie nowe** | | **Podać** | |  |
| **lp.** | **Parametr wymagany** | **Ilość** | **Warunek graniczny TAK** | **Parametr oferowany** |
|  | **Aparat do fizykoterapii** | **1 szt.** |  |  |
|  | 3 niezależne kanały zabiegowe | 1 szt. | Tak |  |
|  | Możliwość wykonywania 5 różnych terapii: elektroterapia, terapia ultradźwiękowa, laseroterapia, magnetoterapia, terapia kombinowana. | Tak |  |
|  | Tryb manualny | Tak |  |
|  | Tryb programowy | Tak |  |
|  | Encyklopedia wbudowanych programów  z opisem zabiegów | Tak |  |
|  | Lista ulubionych programów | Tak |  |
|  | Test elektrod | Tak |  |
|  | Wyświetlacz LCD min. 7” z panelem dotykowym | Tak |  |
|  | Akumulator | Tak |  |
|  | Regulacja natężenia w obwodzie pacjenta | Tak |  |
|  | Analiza danych przeprowadzonych zabiegów | Tak |  |
|  | Częstotliwość pracy: 2-120 Hz | Tak |  |
|  | Częstotliwość w trybie impulsowym: 16 Hz, 48 HZ, 100 Hz | Tak |  |
|  | Klasa urządzenia laserowego: 3B | Tak |  |
|  | Indukcja pola magnetycznego: max 10 mT (100 Gs) | Tak |  |
|  | amplituda napięcia w obwodzie pacjenta: max 140 V | Tak |  |
|  | **Głowica do sonoterapii** | **1 szt.** |  |  |
|  | Powierzchnia promieniowania: 4 cm2 (+/-5%) |  | Tak |  |
|  | Częstotliwość pracy: 1MHz lub 3,5 MHz | Tak |  |
|  | Wodoszczelność | Tak |  |
|  | Emisja ciągła | Tak |  |
|  | Emisja impulsowa | Tak |  |
|  | Możliwość kalibracji przez użytkownika | Tak |  |
|  | Kontrola przylegania czoła głowicy | Tak |  |
|  | **Sonda do laseroterapii IR** | **1 szt.** |  |  |
|  | Długość fali: 808 nm (+/-5%) | 1 szt. | Tak |  |
|  | Moc: 400 mW (+/-5%) | Tak |  |
|  | Wskaźnik sygnalizacji pracy | Tak |  |
|  | Końcówki światłowodowe do laseropunktury | Tak |  |
|  | **Płaski aplikator pola magnetycznego** | **2 szt.** |  |  |
|  | Indukcja pola magnetycznego: max 10mT | 1 szt. | Tak |  |
|  | 2 różne, kompatybilne ze sobą aplikatory | Tak |  |
|  | **OGÓLNE** |  |  |  |
|  | **Gwarancja min. 2 lata**  **2 lata – 0 pkt**  **3 lata – 10 pkt**  **4 lata – 20 pkt** | 1 szt. | Tak, podać w latach | ……lata |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu w miejscu instalacji w cenie oferty | Tak |  |
|  | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych lub innymi powszechnie obowiązującymi przepisami | Tak |  |
|  | **Dostawa do budynku Szpitala - w cenie oferty**  **poniżej 5 tygodni – 20 pkt**  **5 tygodni – 15 pkt**  **6 tygodni – 10 pkt**  **7 tygodni – 5 pkt**  **8 tygodni – 0 pkt** | Tak, podać w tygodniach | ………tygodni (podać ilość tygodni) |

1. Oferowany sprzęt powinien być kompletny i po zainstalowaniu gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji, poza materiałami eksploatacyjnymi.
2. Oferowany sprzęt, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcyjnych, gwarantować powinien bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami oraz zapewniać wymagany poziom świadczonych usług medycznych.

**Pakiet nr: 3 –** **Aparat do terapii ultradźwiękami - CPV 33100000-1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** |
|  | Aparat do terapii ultradźwiękami | 1 szt. |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **SERWIS**  **(WYPEŁNIA OFERENT):** | |
| Adres: |  |
| Telefon: |  |
| Faks: |  |
| Godz. urzędowania serwisu: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | | |
| **Producent / Firma** | | **Podać** | |  |
| **Nazwa / typ urządzenia** | | **Podać** | |  |
| **Kraj pochodzenia** | | **Podać** | |  |
| **Rok produkcji nie starszy niż 2022 r.** | | **Podać** | |  |
| **Urządzenia fabrycznie nowe** | | **Podać** | |  |
| **lp.** | **Parametr wymagany** | **Ilość** | **Warunek graniczny TAK** | **Parametr oferowany** |
|  | **Aparat do terapii ultradźwiękami** | **1 szt.** |  |  |
|  | 1 kanał zabiegowy | 1 szt. | Tak |  |
|  | Tryb manualny | Tak |  |
|  | Baza wbudowanych programów zabiegowych | Tak |  |
|  | Baza programów ulubionych | Tak |  |
|  | Możliwość podłączenia dwóch głowic jednocześnie | 1 szt. | Tak |  |
|  | Wyświetlacz min. 5” z panelem dotykowym | Tak |  |
|  | Częstotliwość pracy: 1MHz, 3MHz | Tak |  |
|  | Zegar zabiegowy | Tak |  |
|  | Możliwość przeprowadzenia terapii, wykorzystujących pulsacyjne fale ultradźwiękowe o niskiej częstotliwości | Tak |  |
|  | **Głowica bezobsługowa** | **1 szt.** |  |  |
|  | Powierzchnia efektywnego promieniowania: 3 cm2 (+/-5%) | 1 szt. | Tak |  |
|  | Możliwość zamocowania na ciele pacjenta za pomocą pasów rzepowych | Tak |  |
|  | Przeznaczenie: terapia ultradźwiękowa, fonofereza, LIPUS, terapia kombinowana | Tak |  |
|  | Tryb pracy jednoprzetwornikowy | Tak |  |
|  | Tryb pracy dwuprzetwornikowy | Tak |  |
|  | Tryb pracy jednosekcyjny (A/B) lub dwusekcyjny (A+B) | Tak |  |
|  | Powierzchnia czoła w trybie jednosekcyjnym 17,3 cm2 (+/-5%) | Tak |  |
|  | Powierzchnia czoła w trybie dwusekcyjnym 34,5 cm2 (+/-5%) | Tak |  |
|  | Czujnik temperatury | Tak |  |
|  | **Głowica do ultradźwięków** | **1 szt.** |  |  |
|  | Powierzchnia czoła 5 cm2 (+/-5%) | 1 szt. | Tak |  |
|  | Częstotliwość fal: 1 lub 3 MHz | Tak |  |
|  | Przeznaczenie: sonoterapia, fonofereza, LIPUS, terapia skojarzona | Tak |  |
|  | Wodoszczelność | Tak |  |
|  | Emisja ciągła lub impulsowa | Tak |  |
|  | Kalibracja czułości głowicy | Tak |  |
|  | Kontrola przylegania czoła głowicy | Tak |  |
|  | **OGÓLNE** |  |  |  |
|  | **Gwarancja min. 2 lata**  **2 lata – 0 pkt**  **3 lata – 10 pkt**  **4 lata – 20 pkt** | 1 szt. | Tak, podać w latach | ……lata |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu w miejscu instalacji w cenie oferty | Tak |  |
|  | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych lub innymi powszechnie obowiązującymi przepisami | Tak |  |
|  | **Dostawa do budynku Szpitala - w cenie oferty**  **poniżej 5 tygodni – 20 pkt**  **5 tygodni – 15 pkt**  **6 tygodni – 10 pkt**  **7 tygodni – 5 pkt**  **8 tygodni – 0 pkt** | Tak, podać w tygodniach | ………tygodni (podać ilość tygodni) |

1. Oferowany sprzęt powinien być kompletny i po zainstalowaniu gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji, poza materiałami eksploatacyjnymi.
2. Oferowany sprzęt, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcyjnych, gwarantować powinien bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami oraz zapewniać wymagany poziom świadczonych usług medycznych.

**Pakiet nr: 4 – Lampa do naświetleń światłem podczerwonym - CPV 33100000-1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** |
|  | Lampa do naświetleń światłem podczerwonym | 1 szt. |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **SERWIS**  **(WYPEŁNIA OFERENT):** | |
| Adres: |  |
| Telefon: |  |
| Faks: |  |
| Godz. urzędowania serwisu: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | | |
| **Producent / Firma** | | **Podać** | |  |
| **Nazwa / typ urządzenia** | | **Podać** | |  |
| **Kraj pochodzenia** | | **Podać** | |  |
| **Rok produkcji nie starszy niż 2022 r.** | | **Podać** | |  |
| **Urządzenia fabrycznie nowe** | | **Podać** | |  |
| **lp.** | **Parametr wymagany** | **Ilość** | **Warunek graniczny TAK** | **Parametr oferowany** |
|  | **Lampa do naświetleń światłem podczerwonym** | **1 szt.** |  |  |
|  | Regulowana jasność naświetlania | 1 szt. | Tak |  |
|  | Naświetlanie w zakresie IR-A oraz IR-B | Tak |  |
|  | Elektroniczny sterownik czasowy | Tak |  |
|  | Możliwość ustawienia indywidualnych ustawień dla pacjenta | Tak |  |
|  | Wbudowany filtr czerwony i niebieski | Tak |  |
|  | Zegar zabiegowy | Tak |  |
|  | Możliwość ustawienia światła lampy  w dowolnym kierunku | Tak |  |
|  | Jezdny statyw z blokadą kół | Tak |  |
|  | Moc żarówki: 375 W (+/-5%) | Tak |  |
|  | Intensywność świecenia żarówki: 10-99% | Tak |  |
|  | Zegar zabiegowy | Tak |  |
|  | Okulary ochronne | 2 szt. | Tak |  |
|  | **OGÓLNE** |  |  |  |
|  | **Gwarancja min. 2 lata**  **2 lata – 0 pkt**  **3 lata – 10 pkt**  **4 lata – 20 pkt** | 1 szt. | Tak, podać w latach | ……lata |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu w miejscu instalacji w cenie oferty | Tak |  |
|  | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych lub innymi powszechnie obowiązującymi przepisami | Tak |  |
|  | **Dostawa do budynku Szpitala - w cenie oferty**  **poniżej 5 tygodni – 20 pkt**  **5 tygodni – 15 pkt**  **6 tygodni – 10 pkt**  **7 tygodni – 5 pkt**  **8 tygodni – 0 pkt** | Tak, podać w tygodniach | ………tygodni (podać ilość tygodni) |

1. Oferowany sprzęt powinien być kompletny i po zainstalowaniu gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji, poza materiałami eksploatacyjnymi.
2. Oferowany sprzęt, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcyjnych, gwarantować powinien bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami oraz zapewniać wymagany poziom świadczonych usług medycznych.

**Pakiet nr: 5 – Rotor elektryczny kończyn górnych - CPV 33100000-1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** |
|  | Rotor elektryczny kończyn górnych | 1 szt. |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **SERWIS**  **(WYPEŁNIA OFERENT):** | |
| Adres: |  |
| Telefon: |  |
| Faks: |  |
| Godz. urzędowania serwisu: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | | |
| **Producent / Firma** | | **Podać** | |  |
| **Nazwa / typ urządzenia** | | **Podać** | |  |
| **Kraj pochodzenia** | | **Podać** | |  |
| **Rok produkcji nie starszy niż 2022 r.** | | **Podać** | |  |
| **Urządzenia fabrycznie nowe** | | **Podać** | |  |
| **lp.** | **Parametr wymagany** | **Ilość** | **Warunek graniczny TAK** | **Parametr oferowany** |
|  | **Rotor elektryczny kończyn górnych  i dolnych** | **1 szt.** |  |  |
|  | Praca w trybie aktywnym ze wspomaganiem ruchu kończyn | 1 szt. | Tak |  |
|  | Praca w trybie pasywnym | Tak |  |
|  | 5 programów aktywnych | Tak |  |
|  | Możliwość składania | Tak |  |
|  | Gumowe stopki | Tak |  |
|  | Spinacze stóp | Tak |  |
|  | Odczyt: prędkość, czas, dystans, kalorie | Tak |  |
|  | Wybór czasu pracy | Tak |  |
|  | Wybór poziomu prędkości | Tak |  |
|  | Co najmniej 10 poziomów prędkości | Tak |  |
|  | Zmiana kierunku obrotu pedałów | Tak |  |
|  | Moc: 70 W (+/-5%) | Tak |  |
|  | **OGÓLNE** |  |  |  |
|  | **Gwarancja min. 2 lata**  **2 lata – 0 pkt**  **3 lata – 10 pkt**  **4 lata – 20 pkt** | 1 szt. | Tak, podać w latach | ……lata |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu w miejscu instalacji w cenie oferty | Tak |  |
|  | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych lub innymi powszechnie obowiązującymi przepisami | Tak |  |
|  | **Dostawa do budynku Szpitala - w cenie oferty**  **poniżej 5 tygodni – 20 pkt**  **5 tygodni – 15 pkt**  **6 tygodni – 10 pkt**  **7 tygodni – 5 pkt**  **8 tygodni – 0 pkt** | Tak, podać w tygodniach | ………tygodni *(podać ilość tygodni)* |

1. Oferowany sprzęt powinien być kompletny i po zainstalowaniu gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji, poza materiałami eksploatacyjnymi.
2. Oferowany sprzęt, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcyjnych, gwarantować powinien bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami oraz zapewniać wymagany poziom świadczonych usług medycznych.

**Pakiet nr: 6 – Rotor rehabilitacyjny do ćwiczeń kończyn górnych *-* CPV 33100000-1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** |
|  | Rotor rehabilitacyjny do ćwiczeń kończyn górnych | 1 szt. |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **SERWIS**  **(WYPEŁNIA OFERENT):** | |
| Adres: |  |
| Telefon: |  |
| Faks: |  |
| Godz. urzędowania serwisu: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | | |
| **Producent / Firma** | | **Podać** | |  |
| **Nazwa / typ urządzenia** | | **Podać** | |  |
| **Kraj pochodzenia** | | **Podać** | |  |
| **Rok produkcji nie starszy niż 2022 r.** | | **Podać** | |  |
| **Urządzenia fabrycznie nowe** | | **Podać** | |  |
| **lp.** | **Parametr wymagany** | **Ilość** | **Warunek graniczny TAK** | **Parametr oferowany** |
|  | **Rotor rehabilitacyjny do ćwiczeń kończyn górnych** | **1 szt.** |  |  |
|  | Możliwość regulacji oporu | 1 szt. | Tak |  |
|  | Wyświetlacz LCD | Tak |  |
|  | Odczyt: liczba obrotów, prędkość, czas, ilość spalonych kalorii | Tak |  |
|  | Regulacja wysokości przy pomocy pokrętła | Tak |  |
|  | Zestaw montażowy | Tak |  |
|  | Ruch w obu kierunkach | Tak |  |
|  | System ścienny | Tak |  |
|  | **OGÓLNE** |  |  |  |
|  | **Gwarancja min. 2 lata**  **2 lata – 0 pkt**  **3 lata – 10 pkt**  **4 lata – 20 pkt** | 1 szt. | Tak, podać w latach | ……lata |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu w miejscu instalacji w cenie oferty | Tak |  |
|  | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych lub innymi powszechnie obowiązującymi przepisami | Tak |  |
|  | **Dostawa do budynku Szpitala - w cenie oferty**  **poniżej 5 tygodni – 20 pkt**  **5 tygodni – 15 pkt**  **6 tygodni – 10 pkt**  **7 tygodni – 5 pkt**  **8 tygodni – 0 pkt** | Tak, podać w tygodniach | ………tygodni *(podać ilość tygodni)* |

1. Oferowany sprzęt powinien być kompletny i po zainstalowaniu gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji, poza materiałami eksploatacyjnymi.
2. Oferowany sprzęt, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcyjnych, gwarantować powinien bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami oraz zapewniać wymagany poziom świadczonych usług medycznych.

**Pakiet nr: 7 – Stół rehabilitacyjny elektryczny *-* CPV 33100000-1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** |
|  | stół rehabilitacyjny elektryczny | 2 szt. |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **SERWIS**  **(WYPEŁNIA OFERENT):** | |
| Adres: |  |
| Telefon: |  |
| Faks: |  |
| Godz. urzędowania serwisu: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | | |
| **Producent / Firma** | | **Podać** | |  |
| **Nazwa / typ urządzenia** | | **Podać** | |  |
| **Kraj pochodzenia** | | **Podać** | |  |
| **Rok produkcji nie starszy niż 2022 r.** | | **Podać** | |  |
| **Urządzenia fabrycznie nowe** | | **Podać** | |  |
| **lp.** | **Parametr wymagany** | **Ilość** | **Warunek graniczny TAK** | **Parametr oferowany** |
|  | **Stół rehabilitacyjny elektryczny** | **2 szt.** |  |  |
|  | Leżysko pięcioczęściowe | 1 szt. | Tak |  |
|  | Regulowany zagłówek sprężyną gazową  od -85° do +35° (+/-5%) | Tak |  |
|  | Elektryczna zmiana wysokości leżyska  49 cm – 105 cm (+/-5%) | Tak |  |
|  | Tapicerka odporna na działanie środków dezynfekujących | Tak |  |
|  | Wysokość regulowana pilotem ręcznym | Tak |  |
|  | Regulacja środkowej części leża siłownikiem elektrycznym, z możliwością ustawienia do pozycji Pivota 40° (+/-5%) | Tak |  |
|  | Tylna część stołu regulowana sprężyną do 70°  (+/-5%) | Tak |  |
|  | Poziomowanie stołu za pomocą nóżek z regulacją wysokości | Tak |  |
|  | Rama ze stali, malowana proszkowo | Tak |  |
|  | Centralny system jezdny | Tak |  |
|  | Uchwyt na jednorazowe prześcieradło | Tak |  |
|  | Uchwyt na pasy stabilizacyjne po obu stronach leżyska | Tak |  |
|  | Wymiary leżyska 200 cm x 65 cm (+/-5%) | Tak |  |
|  | Obciążenie: min. 150 kg | Tak |  |
|  | Zasilanie: 230V/50Hz | Tak |  |
|  | Kolor tapicerki do wyboru | Tak |  |
|  | **OGÓLNE** |  |  |  |
|  | **Gwarancja min. 2 lata**  **2 lata – 0 pkt**  **3 lata – 10 pkt**  **4 lata – 20 pkt** | 1 szt. | Tak, podać w latach | ……lata |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu w miejscu instalacji w cenie oferty | Tak |  |
|  | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych lub innymi powszechnie obowiązującymi przepisami | Tak |  |
|  | **Dostawa do budynku Szpitala - w cenie oferty**  **poniżej 5 tygodni – 20 pkt**  **5 tygodni – 15 pkt**  **6 tygodni – 10 pkt**  **7 tygodni – 5 pkt**  **8 tygodni – 0 pkt** | Tak, podać w tygodniach | ………tygodni *(podać ilość tygodni)* |

1. Oferowany sprzęt powinien być kompletny i po zainstalowaniu gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji, poza materiałami eksploatacyjnymi.
2. Oferowany sprzęt, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcyjnych, gwarantować powinien bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami oraz zapewniać wymagany poziom świadczonych usług medycznych.

**Pakiet nr: 8 – Stół rehabilitacyjny *-* CPV 33100000-1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** |
|  | **Stół rehabilitacyjny** | 9 szt. |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **SERWIS**  **(WYPEŁNIA OFERENT):** | |
| Adres: |  |
| Telefon: |  |
| Faks: |  |
| Godz. urzędowania serwisu: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | | |
| **Producent / Firma** | | **Podać** | |  |
| **Nazwa / typ urządzenia** | | **Podać** | |  |
| **Kraj pochodzenia** | | **Podać** | |  |
| **Rok produkcji nie starszy niż 2022 r.** | | **Podać** | |  |
| **Urządzenia fabrycznie nowe** | | **Podać** | |  |
| **lp.** | **Parametr wymagany** | **Ilość** | **Warunek graniczny TAK** | **Parametr oferowany** |
|  | **Stół rehabilitacyjny** | **9 szt.** |  |  |
|  | Drewniany stelaż | 1 szt. | Tak |  |
|  | Regulowany zagłówek | Tak |  |
|  | Leżysko złożone z dwóch segmentów | Tak |  |
|  | Wysokość leżyska: 55 cm – 70 cm (+/-5%) | Tak |  |
|  | Szerokość leżyska: 65 cm (+/-5%) | Tak |  |
|  | Tapicerka odporna na środki do dezynfekcji | Tak |  |
|  | Uchwyt na jednorazowe prześcieradło | Tak |  |
|  | Kolor tapicerki do wyboru | Tak |  |
|  | Co najmniej 5 kolorów tapicerki do wyboru | Tak |  |
|  | Udźwig: 200 kg (+/-5%) | Tak |  |
|  | **OGÓLNE** |  |  |
|  | **Gwarancja min. 2 lata**  **2 lata – 0 pkt**  **3 lata – 10 pkt**  **4 lata – 20 pkt** | 1 szt. | Tak, podać w latach | ……lata |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu w miejscu instalacji w cenie oferty | Tak |  |
|  | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych lub innymi powszechnie obowiązującymi przepisami | Tak |  |
|  | **Dostawa do budynku Szpitala - w cenie oferty**  **poniżej 5 tygodni – 20 pkt**  **5 tygodni – 15 pkt**  **6 tygodni – 10 pkt**  **7 tygodni – 5 pkt**  **8 tygodni – 0 pkt** | Tak, podać w tygodniach | ………tygodni *(podać ilość tygodni)* |

1. Oferowany sprzęt powinien być kompletny i po zainstalowaniu gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji, poza materiałami eksploatacyjnymi.
2. Oferowany sprzęt, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcyjnych, gwarantować powinien bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami oraz zapewniać wymagany poziom świadczonych usług medycznych.

**Pakiet nr: 9 – Akcesoria do sprzętu fizjoterapeutycznego *-* CPV 33100000-1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** |
|  | **Elektroda wielokrotnego użytku do elektroterapii i elektrostymulacji 6x12 cm (silikonowo – węglowe)** | 1 szt. |  |  |  |  |  |
|  | **Elektroda wielokrotnego użytku do elektroterapii 7x7 cm  (silikonowo – węglowe)** | 1 szt. |  |  |  |  |  |
|  | **Kabel pacjenta do elektroterapii kanał A – 2m (do aparatu PhysioGo Astar)** | 1 szt. |  |  |  |  |  |
|  | **Kabel pacjenta do elektroterapii kanał B – 2m (do aparatu PhysioGo Astar)** | 1 szt. |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gwarancja min. 12 miesięcy**  **12 miesięcy – 0 pkt**  **18 miesięcy – 10 pkt**  **24 miesiące – 20 pkt** | …………….miesięcy (podać) |
| **Dostawa do budynku Szpitala - w cenie oferty**  **Poniżej 5 tygodni – 20 pkt**  **5 tygodni – 15 pkt**  **6 tygodni – 10 pkt**  **7 tygodni – 5 pkt**  **8 tygodni – 0 pkt** | …………….tygodni (podać**)** |

1. Oferowany sprzęt powinien być kompletny i po zainstalowaniu gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji, poza materiałami eksploatacyjnymi.
2. Oferowany sprzęt, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcyjnych, gwarantować powinien bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami oraz zapewniać wymagany poziom świadczonych usług medycznych.

**Pakiet nr: 10 – Drobny sprzęt fizjoterapeutyczny *-* CPV 33100000-1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** |
|  | Półwałki rehabilitacyjne 60cmx15cmx10cm | 4 szt. |  |  |  |  |  |
|  | Półwałki rehabilitacyjne 60cmx30cmx15cm | 3 szt. |  |  |  |  |  |
|  | Półwałki rehabilitacyjne 60cmx19cmx9cm | 5 szt. |  |  |  |  |  |
|  | Półwałki rehabilitacyjne 60cmx18cmx12cm | 3 szt. |  |  |  |  |  |
|  | Piłki rehabilitacyjne (średnica 35 cm) | 4 szt. |  |  |  |  |  |
|  | Piłki rehabilitacyjne (średnica 20 cm) | 4 szt. |  |  |  |  |  |
|  | Piłki rehabilitacyjne (średnica 60 cm) | 4 szt. |  |  |  |  |  |
|  | Taśma rehabilitacyjna czerwona 40m | 1 szt. |  |  |  |  |  |
|  | Taśma rehabilitacyjna zielona 40m | 1 szt. |  |  |  |  |  |
|  | Taśma rehabilitacyjna niebieska 40m | 1 szt. |  |  |  |  |  |
|  | Taśma rehabilitacyjna czarna 40m | 1 szt. |  |  |  |  |  |
|  | Piny do terapii manualnej (10 sztuk) | 2 szt. |  |  |  |  |  |
|  | Katy do terapii manualnej (2 sztuki) | 3 szt. |  |  |  |  |  |
|  | Pinokaty do terapii manualnej | 2 szt. |  |  |  |  |  |
|  | Patyczki do punktów spustowych | 10 szt. |  |  |  |  |  |
|  | Podwieszki rehabilitacyjne dwustawowe (0,83 m) do urządzenia do ćwiczeń w podwieszeniu Levitas PRO 3 | 8 szt. |  |  |  |  |  |
|  | Linki do zawieszek do urządzenia do ćwiczeń w podwieszeniu Levitas PRO 3 | 8 szt. |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gwarancja min. 12 miesięcy**  **12 miesięcy – 0 pkt**  **18 miesięcy – 10 pkt**  **24 miesiące – 20 pkt** | …………….miesięcy (podać) |
| **Dostawa do budynku Szpitala - w cenie oferty**  **Poniżej 5 tygodni – 20 pkt**  **5 tygodni – 15 pkt**  **6 tygodni – 10 pkt**  **7 tygodni – 5 pkt**  **8 tygodni – 0 pkt** | …………….tygodni (podać**)** |

1. Oferowany sprzęt powinien być kompletny i po zainstalowaniu gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji, poza materiałami eksploatacyjnymi.
2. Oferowany sprzęt, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcyjnych, gwarantować powinien bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami oraz zapewniać wymagany poziom świadczonych usług medycznych.

**Pakiet nr: 11 – Wózek inwalidzki *-* CPV 33100000-1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** |
|  | Wózek inwalidzki | 5 szt |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | | |
| **Producent / Firma** | | **Podać** | |  |
| **Nazwa / typ urządzenia** | | **Podać** | |  |
| **Kraj pochodzenia** | | **Podać** | |  |
| **Rok produkcji nie starszy niż 2022 r.** | | **Podać** | |  |
| **Urządzenia fabrycznie nowe** | | **Podać** | |  |
| **lp.** | **Parametr wymagany** | **Ilość** | **Warunek graniczny TAK** | **Parametr oferowany** |
|  | **Wózek inwalidzki** | **5 szt.** |  |  |
|  | Stalowa konstrukcja | 1 szt. | Tak |  |
|  | Konstrukcja na podwójnym krzyżaku | Tak |  |
|  | Konstrukcja modułowa | Tak |  |
|  | Udźwig: 150 kg (+/-5%) | Tak |  |
|  | Koła odbojowe w podnóżkach | Tak |  |
|  | Składana rama | Tak |  |
|  | Uchylne podłokietniki | Tak |  |
|  | Możliwość demontażu podłokietników | Tak |  |
|  | Wyciągane podnóżki | Tak |  |
|  | Odchylane na boki podnóżki | Tak |  |
|  | System szybkiego demontażu tylnych kół | Tak |  |
|  | Szerokość siedziska min 55 cm | Tak |  |
|  | Wysokość całkowita max 92 cm | Tak |  |
|  | Szerokość całkowita max 72 cm | Tak |  |
|  | Szerokość po złożeniu max 35 cm | Tak |  |
|  | Masa wózka max 20 kg | Tak |  |
|  | Możliwość doposażenia w opcje dodatkowe | Tak |  |
|  | Promień skrętu min 168 cm | Tak |  |
|  | Wysokość oparcia max 42 cm | Tak |  |
|  | Siedzisko odporne na zanieczyszczenia |  | Tak |  |
|  | **OGÓLNE** |  |  |  |
|  | **Gwarancja min. 2 lata**  **2 lata – 0 pkt**  **3 lata – 10 pkt**  **4 lata – 20 pkt** | 1 szt. | Tak, podać w latach | ……lata |
|  | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych lub innymi powszechnie obowiązującymi przepisami | Tak |  |
|  | **Dostawa do budynku Szpitala - w cenie oferty**  **poniżej 5 tygodni – 20 pkt**  **5 tygodni – 15 pkt**  **6 tygodni – 10 pkt**  **7 tygodni – 5 pkt**  **8 tygodni – 0 pkt** | Tak, podać w tygodniach | ………tygodni *(podać ilość tygodni)* |

1. Oferowany sprzęt powinien być kompletny i po zainstalowaniu gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji, poza materiałami eksploatacyjnymi.
2. Oferowany sprzęt, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcyjnych, gwarantować powinien bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami oraz zapewniać wymagany poziom świadczonych usług medycznych.

**Pakiet nr: 12 – Wirówka laboratoryjna -CPV 33100000-1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** |
|  | Wirówka laboratoryjna | 1 szt. |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **SERWIS**  **(WYPEŁNIA OFERENT):** | |
| Adres: |  |
| Telefon: |  |
| Faks: |  |
| Godz. urzędowania serwisu: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | | |
| **Producent / Firma** | | **Podać** | |  |
| **Nazwa / typ urządzenia** | | **Podać** | |  |
| **Kraj pochodzenia** | | **Podać** | |  |
| **Rok produkcji nie starszy niż 2022 r.** | | **Podać** | |  |
| **Urządzenia fabrycznie nowe** | | **Podać** | |  |
| **lp.** | **Parametr wymagany** | **Ilość** | **Warunek graniczny TAK** | **Parametr oferowany** |
|  | **Wirówka laboratoryjna** | **1 szt.** |  |  |
|  | Wirnik horyzontalny | 1 szt. | Tak |  |
|  | Wkładki redukcyjne na probówki 5-100 ml | Tak |  |
|  | Zakres obrotów 100-4500 obr/min (+/- 5%) | Tak |  |
|  | Wyświetlacz LCD | Tak |  |
|  | Silnik indukcyjny z zabezpieczeniem termicznym | Tak |  |
|  | Możliwość programowania | Tak |  |
|  | Pojemniki na wkładki redukcyjne | Tak |  |
|  | Komplet wkładek redukcyjnych na 28 probówek  (10 ml) | Tak |  |
|  | Komplet wkładek redukcyjnych na 28 probówek  (5 ml) | Tak |  |
|  | Ustawialne parametry wirowania | Tak |  |
|  | Regulacja prędkości i czasu wirowania | Tak |  |
|  | Tryb pracy ciągłej | Tak |  |
|  | Krótki tryb pracy | Tak |  |
|  | Komora wirowania wykonana ze stali nierdzewnej | Tak |  |
|  | Sygnalizacja niewyważenia | Tak |  |
|  | Blokada pokrywy w czasie wirowania | Tak |  |
|  | Blokada startu przy otwartej pokrywie | Tak |  |
|  | Awaryjne otwieranie pokrywy | 1 szt. | Tak |  |
|  | Moc 360 W (+/- 5%) | Tak |  |
|  | Pojemność 800 ml (+/- 5%) | Tak |  |
|  | **OGÓLNE** |  |  |  |
|  | **Gwarancja min. 2 lata**  **2 lata – 0 pkt**  **3 lata – 10 pkt**  **4 lata – 20 pkt** | 1 szt. | Tak, podać w latach | ……lata |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu w miejscu instalacji w cenie oferty | Tak |  |
|  | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych lub innymi powszechnie obowiązującymi przepisami | Tak |  |
|  | **Dostawa do budynku Szpitala - w cenie oferty**  **poniżej 5 tygodni – 20 pkt**  **5 tygodni – 15 pkt**  **6 tygodni – 10 pkt**  **7 tygodni – 5 pkt**  **8 tygodni – 0 pkt** | Tak, podać w tygodniach | ………tygodni *(podać ilość tygodni)* |

1. Oferowany sprzęt powinien być kompletny i po zainstalowaniu gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji, poza materiałami eksploatacyjnymi.
2. Oferowany sprzęt, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcyjnych, gwarantować powinien bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami oraz zapewniać wymagany poziom świadczonych usług medycznych.

**Pakiet nr: 13 – Wózek do przewożenia chorych *–* CPV 33100000-1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** |
|  | Wózek do przewożenia chorych | 4 szt. |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **SERWIS**  **(WYPEŁNIA OFERENT):** | |
| Adres: |  |
| Telefon: |  |
| Faks: |  |
| Godz. urzędowania serwisu: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | | |
| **Producent / Firma** | | **Podać** | |  |
| **Nazwa / typ urządzenia** | | **Podać** | |  |
| **Kraj pochodzenia** | | **Podać** | |  |
| **Rok produkcji nie starszy niż 2022 r.** | | **Podać** | |  |
| **Urządzenia fabrycznie nowe** | | **Podać** | |  |
| **lp.** | **Parametr wymagany** | **Ilość** | **Warunek graniczny TAK** | **Parametr oferowany** |
|  | **Wózek do przewożenia chorych** | **4 szt.** |  |  |
|  | Konstrukcja wykonana ze stali lakierowanej proszkowo | 1 szt. | Tak |  |
|  | Konstrukcja pokryta osłoną, odporną na środki dezynfekcyjne | Tak |  |
|  | Dwusegmentowa platforma leża, z płytami przeziernymi dla promieni RTG na całej długości leża | Tak |  |
|  | Platforma leża w formie jednolitego odlewu, łatwa w dezynfekcji i odporna na działanie środków chemicznych | Tak |  |
|  | Zabudowane podwozie z miejscem na przechowywanie (udźwig min. 26 kg) | Tak |  |
|  | Rozstaw między kolumnami 1080mm +/- 20mm | Tak |  |
|  | Obciążenie robocze wózka min. 250 kg | Tak |  |
|  | Udźwig pacjenta min. 215 kg | Tak |  |
|  | Min. 4 cm prześwit między platformą leża a wyprofilowaną ramą wózka, umożliwiający łatwe i bezpieczne wprowadzenie kasety RTG z każdej strony wózka | Tak |  |
|  | Podziałka w poprzek i wzdłuż leża oraz wyprofilowana rama, ułatwiająca pozycjonowanie kasety RTG | Tak |  |
|  | Składane, ergonomiczne rączki do prowadzenia wózka, umiejscowione od strony głowy i nóg pacjenta | Tak |  |
|  | Piąte koło kierunkowe, z funkcją jazdy swobodnej lub kierunkowej | Tak |  |
|  | Pojedyncze koła o średnicy min. 20 cm | Tak |  |
|  | Co najmniej jedno koło antystatyczne | Tak |  |
|  | Hydrauliczna regulacja wysokości leża za pomocą dźwigni nożnej, w zakresie 61-91 cm (+/- 5%) | Tak |  |
|  | Centralny system hamulcowy, z blokadą wszystkich kół (obrót wokół osi, toczenie, sterowanie kierunkiem jazdy) | Tak |  |
|  | Centralny system blokowania kół obsługiwany z dwóch stron wózka jedną dźwignią nożną, trójpozycyjny – jazda swobodna, jazda kierunkowa, hamulec | Tak |  |
|  | Chromowane, składane barierki boczne z wyprofilowaną na całej długości powierzchnią tworzywową | 1 szt. | Tak |  |
|  | Barierki boczne chowane pod leże, które składając się zmniejszają szerokość wózka, ułatwiają do maksimum przekładanie pacjentów, o konstrukcji bezpiecznej dla personelu (wyklucza przytrzaśnięcie palców) i eliminujące przestrzeń transferową pomiędzy wózkiem a łóżkiem/stołem zabiegowym/operacyjnym |  |  |
|  | Barierki boczne z dodatkowymi uchwytami do prowadzenia |  |  |
|  | Manualna regulacja segmentu pleców ze wspomaganiem sprężyn gazowych w zakresie 0°-90° (+/- 5%) | Tak |  |
|  | Pozycja Trendelenburga/ anty-Trendelenburga regulowana hydraulicznie w zakresie ±16° przy użyciu pedałów nożnych z obu dłuższych stron wózka | Tak |  |
|  | Tuleje na wieszaki infuzyjne lub na inne akcesoria każdym narożu wózka | Tak |  |
|  | Uchwyty na worki urologiczne po obu stronach leża | Tak |  |
|  | Możliwość instalacji wieszaków infuzyjnych (min. 2 haczyki) lub innych akcesoriów w każdym narożu wózka | Tak |  |
|  | Materac piankowy, w pokrowcu z osłoną nie zwierającą lateksu, poliestrową, powlekany poliuretanem i poliamidem, z powierzchnią antypoślizgową, nieprzemakalny, o grubości 8 cm (+/- 5%) | Tak |  |
|  | Materac z certyfikatem ognioodporności (niepalności) spełniający normy EN597-1 i EN597-2 lub normy równoważne – potwierdzone w materiałach producenta sprzętu. | 1 szt. | Tak |  |
|  | Materac mocowany na rzepy, w sposób uniemożliwiający samoczynne przesuwanie. | Tak |  |
|  | Konstrukcja umożliwiająca zamontowanie dedykowanej opcjonalnej półki na defibrylator/monitor/uchwyt na dokumentację nie wychodzącej poza obręb wózka | Tak |  |
|  | Konstrukcja umożliwiająca zamontowanie dedykowanego opcjonalnego, pionowego uchwytu na butlę z tlenem z mocowaniem w każdym narożu leża montowany/demontowany bez użycia narzędzi. W min. trzech rozmiarach do wyboru | Tak |  |
|  | Możliwość zamontowania dedykowanych, opcjonalnych pasów do unieruchamiania pacjenta, do wyboru w różnych opcjach: na kostki, nadgarstki i korpus | Tak |  |
|  | Uchwyt na jednorazowe prześcieradło do zabezpieczania leża |  |  |  |
|  | **OGÓLNE** |  |  |  |
|  | **Gwarancja min. 2 lata**  **2 lata – 0 pkt**  **3 lata – 10 pkt**  **4 lata – 20 pkt** | 1 szt. | Tak, podać w latach | ……lata |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu w miejscu instalacji w cenie oferty | Tak |  |
|  | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych lub innymi powszechnie obowiązującymi przepisami | Tak |  |
|  | **Dostawa do budynku Szpitala - w cenie oferty**  **poniżej 5 tygodni – 20 pkt**  **5 tygodni – 15 pkt**  **6 tygodni – 10 pkt**  **7 tygodni – 5 pkt**  **8 tygodni – 0 pkt** | Tak, podać w tygodniach | ………tygodni *(podać ilość tygodni)* |

1. Oferowany sprzęt powinien być kompletny i po zainstalowaniu gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji, poza materiałami eksploatacyjnymi.
2. Oferowany sprzęt, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcyjnych, gwarantować powinien bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami oraz zapewniać wymagany poziom świadczonych usług medycznych.

**Pakiet nr: 14 – Zestaw do trudnej intubacji** ***–* CPV 33171000-9**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** |
|  | Zestaw do trudnej intubacji | 1 zestaw |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **SERWIS**  **(WYPEŁNIA OFERENT):** | |
| Adres: |  |
| Telefon: |  |
| Faks: |  |
| Godz. urzędowania serwisu: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | | |
| **Producent / Firma** | | **Podać** | |  |
| **Nazwa / typ urządzenia** | | **Podać** | |  |
| **Kraj pochodzenia** | | **Podać** | |  |
| **Rok produkcji nie starszy niż 2022 r.** | | **Podać** | |  |
| **Urządzenia fabrycznie nowe** | | **Podać** | |  |
| **lp.** | **Parametr wymagany** | **Ilość** | **Warunek graniczny TAK** | **Parametr oferowany** |
|  | **Przenośna jednostka wizyjna** | **1 szt.** |  |  |
|  | Przenośny monitor do podłączania widoendoskopów do trudnej intubacji | 1 szt. | Tak |  |
|  | Obsługa monitora poprzez kolorowy ekran dotykowy HD | Tak |  |
|  | Ekran dotykowy o przekątnej min. 9" | Tak |  |
|  | Rozdzielczość ekranu min. 1920 x 1080 pikseli | Tak |  |
|  | Monitor wyposażony w min. 2 gniazda wejściowe kamer do jednoczesnego podłączenia wideoendoskopu intubacyjnego wraz z dedykowanym wideolaryngoskopem | Tak |  |
|  | Dostępna funkcja jednoczesnego wyświetlania obrazu z dwóch kamer w trybach Picture-in-Picture  i Side-by-Side | Tak |  |
|  | Monitor wyposażony w gniazdo karty pamięci SD umożliwiające zapis przebiegu ~~cystoskopii~~ intubacji w postaci zdjęć i filmu wideo | Tak |  |
|  | Funkcja przeglądania i odtwarzania zapisanych zdjęć i filmów wideo bezpośrednio na monitorze | Tak |  |
|  | Monitor wyposażony w gniazdo USB do podłączenia pamięci PenDrive | Tak |  |
|  | Funkcja zapisu dźwięku poprzez zintegrowany w monitorze mikrofon | Tak |  |
|  | Funkcja transferu danych z karty SD do pamięci PenDrive | Tak |  |
|  | Monitor wyposażony w gniazdo wideo HDMI do podłączenia do dodatkowego, zewnętrznego monitora | Tak |  |
|  | Monitor wyposażony w standard mocowania VESA umożliwiający zamocowanie do stojaka lub uchwytu | Tak |  |
|  | Współczynnik ochrony min. IP54 | Tak |  |
|  | Zasilanie monitora poprzez zintegrowany akumulator Li-Ion jak również z sieci 230 V / 50 Hz, zasilacz sieciowy w zestawie | Tak |  |
|  | Stojak jezdny do monitora wraz z uchwytem do endoskopów giętkich | Tak |  |
|  | Przewód łączący wideolaryngoskop z monitorem | Tak |  |
|  | Tuba ochronna do endoskopów giętkich | 10 szt. | Tak |  |
|  | **Wideolaryngoskopy** | **1 szt.** |  |  |
|  | Wideolaryngoskop kompatybilny z modułem monitora: - w pełni wielorazowy, niewykorzystujący elementów jednorazowych - podłączanie wideolaryngoskopu do modułu monitora poprzez wtyk z bezgwintowym interfejsem łączącym - rękojeść wyposażona w jeden przycisk do uruchamiania zapisu zdjęć i wideo - łopatka metalowa, z prowadnicą cewnika 16-18 Fr., typu MACINTOSH, zintegrowana na stałe z rękojeścią, w zestawie wideolaryngoskop z łopatką  w rozmiarze nr 4 - kamera z przetwornikiem obrazowym CMOS wraz  z diodą oświetleniową LED zintegrowane  w łopatce - obiektyw kamery zapewniający wizualizację końca łopatki na ekranie monitora w trakcie intubacji - pełne zanurzenie w roztworze, klasa ochrony IPX8 - możliwość sterylizacji w STERRAD, ~~tlenku etylenu~~ |  |  |  |
|  | Wideolaryngoskop kompatybilny z modułem monitora: - w pełni wielorazowy, niewykorzystujący elementów jednorazowych - podłączanie wideolaryngoskopu do modułu monitora poprzez wtyk z bezgwintowym interfejsem łączącym - rękojeść wyposażona w jeden przycisk do uruchamiania zapisu zdjęć i wideo - łopatka metalowa, z prowadnicą cewnika 14-16 Fr., typu MACINTOSH, zintegrowana na stałe z rękojeścią, w zestawie wideolaryngoskop z łopatką  w rozmiarze nr 3 - kamera z przetwornikiem obrazowym CMOS wraz  z diodą oświetleniową LED zintegrowane w łopatce - obiektyw kamery zapewniający wizualizację końca łopatki na ekranie monitora w trakcie intubacji - pełne zanurzenie w roztworze, klasa ochrony IPX8 - możliwość sterylizacji w STERRAD, tlenku etylenu | 1 szt. |  |  |
|  | Wideolaryngoskop kompatybilny z modułem monitora  - w pełni wielorazowy, niewykorzystujący elementów jednorazowych - podłączanie wideolaryngoskopu do modułu monitora poprzez wtyk z bezgwintowym interfejsem łączącym - rękojeść wyposażona w jeden przycisk do uruchamiania zapisu zdjęć i wideo - łopatka metalowa, mocno zagięta, typu D-BLADE, zintegrowana na stałe z rękojeścią - kamera z przetwornikiem obrazowym CMOS wraz z diodą oświetleniową LED zintegrowane w łopatce - obiektyw kamery zapewniający wizualizację końca łopatki na ekranie monitora w trakcie intubacji - pełne zanurzenie w roztworze, klasa ochrony IPX8 - możliwość sterylizacji w STERRAD, tlenku etylenu |  |  |
|  | Prowadnica rurki intubacyjnej, do zast.  wideolaryngoskopem typu D-BLADE |  |  |
| **OGÓLNE** | | | | |
|  | **Gwarancja min. 2 lata**  **2 lata – 0 pkt**  **3 lata – 10 pkt**  **4 lata – 20 pkt** | 1 szt. | Tak, podać w latach | ……lata |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu w miejscu instalacji w cenie oferty. | Tak |  |
|  | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu  i stosowania zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych lub innymi powszechnie obowiązującymi przepisami | Tak |  |
|  | **Dostawa do budynku Szpitala przy al. Focha 33  w Krakowie - w cenie oferty**  **14 tyg. – 0 pkt**  **13 tyg. – 5 pkt**  **12 tyg. – 10 pkt**  **11 tyg. – 15 pkt**  **10 tyg. i mniej – 20 pkt** | Tak, podać w tygodniach | ………tygodni *(podać ilość tygodni)* |
|  | Czas reakcji serwisu do 48 godzin w dni robocze od momentu zgłoszenia wady (awarii) rozumiany jako podjęcie działań naprawczych |  | Tak |  |
|  | Maksymalny czas usunięcia awarii w ramach gwarancji nie może przekroczyć 5 dni roboczych w przypadku, gdy do naprawy będzie wymagana konieczność sprowadzenia części zamiennych z zagranicy |  | Tak |  |
|  | Wykonanie w cenie oferty obowiązkowych przeglądów technicznych w okresie gwarancji, zgodnie z wymaganiami, zalecanymi przez producenta sprzętu |  | Tak |  |

1. Oferowany sprzęt powinien być kompletny i po zainstalowaniu gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji, poza materiałami eksploatacyjnymi.
2. Oferowany sprzęt, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcyjnych, gwarantować powinien bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami oraz zapewniać wymagany poziom świadczonych usług medycznych.