**DSUIZP 252/ ŁM/20/2021**

**Zał. nr 5 do zadania nr 1**

**Aparat- Komora ( Kapsuła) izolacyjna do przewożenia pacjenta**

|  |  |
| --- | --- |
| Wykonawca | …………………………………………………… |
| Producent oferowanego ap. | …………………………………………………… |
| Nazwa i typ aparatu: | …………………………………………………… |
| Ilość – 3 szt. |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp**  | **Nazwa parametru** | **Parametry wymagane i oceniane**  | **Parametry oferowane** |
| 1 | Certyfikat CE | Tak |  |
| 2 | Gwarancja min. 24 miesiące, w tym:-pełną bezpłatną obsługę serwisową oferowanego sprzętu w tym przeglądy techniczne wymagane przez producenta aparatu i naprawy. Naprawa wykonywana bezpośrednio po zdiagnozowaniu uszkodzenia przez użytkownika. | Tak24 miesięcy - 0 pkt.36 miesięcy - 5 pkt.48 miesięcy - 20 pkt. |  |
| 3 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak. Podać punkty serwisowe |  |
| 4 | Autoryzacje przez Producenta na sprzedaż aparatu i serwis na terenie Polski | Tak  |  |
| 5 | Trzykrotna naprawa tego samego podzespołu urządzenia w okresie gwarancji powoduje wymianę podzespołu na nowe nieużywane | Tak  |  |
| 6 | Każda interwencja gwarancyjna powoduje wydłużenie gwarancji ponad podstawowy okres gwarancji o czas wyłączenia przedmiotu umowy z eksploatacji, trwający powyżej terminów przewidzianych na usunięcie wady. Wydłużeniu nie podlegają planowe przeglądy zgodne z wymaganiami producenta | Tak  |  |
| 7 | W czasie gwarancji, w okresie przestoju aparatu (awaria, naprawa, przegląd) trwającego dłużej niż 5 dni roboczych oferent zobowiązany jest wstawić aparat o podobnych parametrach na swój koszt do czasu zakończenia naprawy | Tak  |  |
| 8 | Oferent w ramach umowy wykona w okresie gwarancji przeglądy zgodnie z zaleceniami producenta.Poda ilość przeglądów. | Tak  |  |
| 9 | Założenie „Paszportu technicznego” z wpisaniem danych o urządzeniu i informacji o instalacji , uruchomieniu i dopuszczeniu do użytkowania, w Paszporcie technicznym obowiązującym w szpitalu. Paszport Techniczny do wypełnienia przez oferenta dostarczy Zamawiający w dniu instalacji aparatu. | Tak  |  |
| 10 | Podać rodzaje przeglądów i ich częstotliwość i kolejność | Tak |  |
| 11 | **Dołączyć listę kontrolną czynności wykonywana w czasie poszczególnych przeglądów** | Tak |  |
| 12 | Sprzedaż części zamiennych i akcesoriów użytkownikowi | Tak |  |
| 13 | Dostawa, instalacja, montaż i uruchomienie  | Tak |  |
| 14 | Instrukcje obsługi w języku polskim  | Tak |  |
| 15 | Oprogramowanie i aplikacje w języku polskim | Tak |  |
| 16 | Szkolenie personelu obsługi, | Tak |  |
| 17 | Dostępność i sprzedaż części zamiennych i akcesoriów 7 lat | Tak |  |
| 18 | Aparat nowy nieużywany, rok produkcji 2021 | Tak |  |
| 19 | **Komora izolacyjna do przewożenia pacjenta** | Tak  |  |
| 20 | Wymiary | Tak  |  |
| 21 | Długość komory min 190  | Tak  |  |
| 22 | Szerokość min.50 | Tak  |  |
| 23 | Filtracja HEPA lub P3 | Tak  |  |
| 24 | Podciśnienie min 15 Pa | Tak  |  |
| 25 | Przepływ powietrza min 36 m3/h | Tak  |  |
| 26 | Dostęp do pacjenta min. 8 punktowy (dostęp przez rękawy izolacyjne) min 4 rękawy w kpl. na każdą komorę | Tak  |  |
| 27 | Dopuszczalna masa pacjenta min. 150 kg | Tak  |  |
| 28 | Komora ma posiadać pasy lub uchwyty umożliwiające jej stabilne umieszczenie na noszach  | Tak  |  |
| 29 | Pasy zabezpieczające pacjenta | Tak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
| 30 | Napięcie nominalne 230 v 50 Hz | Tak  |  |
| 31 | Czas pracy na akumulatorze min 4 h (W zestawie akumulator , ładowarka) | Tak Do 6 godz. – 0 pkt 7 i > godz. – 10 pkt. |  |
| 32 | Filtry Hepa lub P3 -zapasowe – 2 kpl. na każdą komorę | Tak  |  |

Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji. Nie spełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

Do oferty należy dołączyć firmowe materiały i informacje z parametrami technicznymi (w języku polskim) w których winny być potwierdzone informacje spełniające wymagane parametry graniczne.

***Na załączonych materiałach Wykonawca powinien zaznaczyć fragmenty tekstu potwierdzający spełnienie określonego wymogu. Obok należy wpisać numer wymogu ( pozycja z tabeli powyżej , w której Zamawiający opisał wymóg ).***

Podpis i pieczęć osoby uprawnionej