

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA
AG.ZP 3320.28.20

Zadanie 1 - Videogastroskop – 1szt.

Lp.	PARAMETR / WARUNEK	WARTOŚĆ WYMAGANA	WARTOŚĆ OFEROWANA
1.	Videogastroskop HDTV wysokiej rozdzielczości Aparat fabrycznie nowy, rok produkcji min. 2019 Producent Model Kraj pochodzenia	TAK podać	
2.	Średnica sondy	Max 9,9mm	
3.	Długość robocza	max 1100 mm podać	
4.	Minimalne wychylenie końcówki sondy wziernikowej Góra/dół Prawo/lewo	210/90 stopni 100/100 stopni podać	
5.	Kąt pola widzenia	Min 140 stopni podać	
6.	Kanał do spłukiwania pola operacyjnego	TAK	
7.	Dedykowana pompa płuczająca z funkcją płukania	TAK podać	
8.	Przystosowany do współpracy z posiadanym przez Szpital procesorem wizyjnym CV-190 i źródłem światła CLV-190 prod. Olympus	TAK	
9.	Przystosowanie aparatu do mycia i dezynfekcji w posiadanych przez Zamawiającego myjniach ETD-2 plus, ETD-3 (GA) oraz Mini ETD-2	TAK	

	GA prod. Olympus		
10.	<p>Podać zalecaną przez producenta częstość wykonywania przeglądów okresowych.</p> <p>Wymienić zakres czynności wykonywanych podczas przeglądów okresowych oraz elementy zużywalne wymieniane podczas wykonywania w/w przeglądu</p>	TAK podać	

Wymogiem jest aby wartości podane w kolumnie „Wartość oferowana” były zgodne z danymi zawartymi w oficjalnym dokumencie przedstawiającym dane techniczne (np. Product Data). Zamawiający ma prawo wystąpić do Wykonawcy o udostępnienie takiego dokumentu celem weryfikacji.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do zażądania w wyznaczonym przez siebie terminie, dokonania przez Wykonawcę prezentacji, pokazu oferowanego przedmiotu zamówienia ze wszystkimi wymaganymi parametrami. Niespełnienie tego wymagania spowoduje odrzucenie oferty jako niezgodnej z treścią SIWZ.

Zadanie 2 - Videokolonoskop – 2szt.

Lp.	PARAMETR / WARUNEK	WARTOŚĆ WYMAGANA	WARTOŚĆ OFEROWANA
1.	<p>Videokolonoskop HDTV wysokiej rozdzielczości</p> <p>Aparat fabrycznie nowy, rok produkcji min. 2019</p> <p>Producent</p> <p>Model</p> <p>Kraj pochodzenia</p>	TAK podać	
2.	Średnica kanału biopsyjnego	Min. 3,7 mm podać	
3.	Długość robocza	<p>jeden endoskop krótki max 1330 mm</p> <p>drugi endoskop długi min. 1600 mm</p> <p>Podać</p>	
4.	<p>Minimalne wychylenie końcówki sondy wziernikowej</p> <p>Góra/dół</p> <p>Prawo/lewo</p>	<p>180/180 stopni</p> <p>160/160 stopni</p>	

		podać	
5.	Kąt pola widzenia	Min 170 stopni	
6.	Regulowana sztywność sondy	podać TAK	
7.	Kanał do sfluowania pola operacyjnego	TAK	
8.	Dedykowany do endoskopii ssak elektryczny z płynną regulacją mocy ssania – 1szt.	TAK podać	
9.	Przystosowany do współpracy z posiadanym przez Szpital procesorem wizyjnym CV-190 i źródłem światła CLV-190 prod. Olympus	TAK	
10.	Przystosowanie aparatu do mycia i dezynfekcji w posiadanych przez Zamawiającego myjniach ETD-2 plus, ETD-3 (GA) oraz Mini ETD-2 GA prod. Olympus	TAK	
11.	Podać zalecaną przez producenta częstość wykonywania przeglądów okresowych. Wymienić zakres czynności wykonywanych podczas przeglądów okresowych oraz elementy zużywalne wymieniane podczas wykonywania w/w przeglądu	TAK podać	

Wymogiem jest aby wartości podane w kolumnie „Wartość oferowana” były zgodne z danymi zawartymi w oficjalnym dokumencie przedstawiającym dane techniczne (np. Product Data). Zamawiający ma prawo wystąpić do Wykonawcy o udostępnienie takiego dokumentu celem weryfikacji.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do zażądania w wyznaczonym przez siebie terminie, dokonania przez Wykonawcę prezentacji, pokazu oferowanego przedmiotu zamówienia ze wszystkimi wymaganymi parametrami. Niespełnienie tego wymagania spowoduje odrzucenie oferty jako niezgodnej z treścią SIWZ.

Zadanie 3 - Videoduodenoskop – 1szt.

Lp.	PARAMETR / WARUNEK	WARTOŚĆ WYMAGANA	WARTOŚĆ OFEROWANA
1.	Videoduodenoskop Aparat fabrycznie nowy, rok produkcji min. 2019 Producent Model Kraj pochodzenia	TAK podać	
2.	Blokowanie przewodnic w dwóch płaszczyznach	TAK	
3.	Obrazowanie w wąskim paśmie światła	TAK	
4.	Średnica kanału biopsyjnego	4,2 mm	
5.	Minimalne wychylenie końcówki sondy wziernikowej Góra/dół Prawo/lewo	120/90 stopni 90/110 stopni podać	
6.	Kąt pola widzenia	Min. 100 stopni	
7.	Przystosowany do współpracy z posiadanym przez Szpital procesorem wizyjnym CV-190 i źródłem światła CLV-190 prod. Olympus	TAK	
8.	Przystosowanie aparatu do mycia i dezynfekcji w posiadanych przez Zamawiającego myjniach ETD-2 plus, ETD-3 (GA) oraz Mini ETD-2 GA prod. Olympus	TAK	
9.	Podać zalecaną przez producenta częstość wykonywania przeglądów okresowych. Wymienić zakres czynności wykonywanych podczas przeglądów okresowych oraz elementy zużywalne wymieniane podczas wykonywania w/w przeglądu	TAK podać	

Wymogiem jest aby wartości podane w kolumnie „Wartość oferowana” były zgodne z danymi zawartymi w oficjalnym dokumencie przedstawiającym dane techniczne (np. Product Data). Zamawiający ma prawo wystąpić do Wykonawcy o udostępnienie takiego dokumentu celem weryfikacji.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do zażądania w wyznaczonym przez siebie terminie, dokonania przez Wykonawcę prezentacji, pokazu oferowanego przedmiotu zamówienia ze wszystkimi wymaganymi parametrami. Niespełnienie tego wymagania spowoduje odrzucenie oferty jako niezgodnej z treścią SIWZ.

Zadanie 4 - Diatermia endoskopowa – 1szt.

Lp.	PARAMETR / WARUNEK	WARTOŚĆ WYMAGANA	PUNKTACJA	WARTOŚĆ OFEROWANA
11.	Diatermia endoskopowa Aparat fabrycznie nowy, rok produkcji min. 2019 Producent Model Kraj pochodzenia	TAK podać		
12.	Diatermia dedykowana do zabiegów endoskopowych	TAK		
13.	Ekran kolorowy do komunikacji z użytkownikiem	TAK		
14.	Ekran dotykowy bez przycisków	TAK/NIE	0 pkt – z przyciskami 10 pkt – bez przycisków	
15.	Interfejs oraz komunikaty błędów w języku polskim	TAK		
16.	Możliwość zapisywania ustawień procedur dla wielu użytkowników	TAK		
17.	Możliwość zapisywania zgrupowanych ustawień stanowiących kolejne kroki danej procedury	TAK podać		
18.	Możliwość przełączania między kolejnymi ustawieniami danego zabiegu za pomocą dedykowanego przycisku na włączniku nożnym	TAK		
19.	Włącznik nożny bezprzewodowy z trzema przyciskami: do	TAK		

	cięcia, koagulacji oraz zmiany ustawień			
20.	Cięcie monopolarne z automatycznym dopasowaniem mocy do min. 120 W	TAK podać		
21.	Koagulacja monopolarna do min. 120 W	TAK podać		
22.	Koagulacja bipolarna do min. 120 W	TAK podać		
23.	Dwa tryby przerywanego cięcia monopolarnego.	TAK		
24.	Sygnal dźwiękowy o różnych częstotliwościach, informujący o korzystaniu z opcji cięcia lub koagulacji	TAK		
25.	Monitor oporności styku płytki pacjenta, pozwalający na ograniczenie ryzyka wystąpienia urazów termicznych	TAK		
26.	Przystawka lub wewnętrzny moduł do współpracy z argonem	TAK		
27.	Automatyczne regulowanie przepływu argonu w zależności od rodzaju używanej sondy	TAK		
28.	Koagulacja argonowa z mocą min. 120W	TAK podać		
29.	Funkcja pomiaru natężenia/regulacji iskry podczas cięcia, automatycznie dostosowująca moc wyjściową, w celu utrzymania powtarzalności koagulacji tkanek oraz zapewnienia większej żywotności narzędzi do endoterapii	TAK		
30.	Tryb koagulacji argonowej, w którym obszar koagulacji jest niezależny od odległości między sondą a tkanką, umożliwiający przeprowadzanie stałej i bezpiecznej hemostazy z ograniczoną karbonizacją, zwłaszcza dla delikatnych struktur tkankowych	TAK/NIE	NIE – 0 pkt TAK – 10 pkt	
31.	Funkcja natychmiastowego zapłonu iskry, umożliwiająca cięcie bez opóźnień	TAK		
32.	Wózek do umieszczenia diatermii wraz z przystawką argonową, z uchwytem/półką na włącznik nożny, półkę do pompy endoskopowej, szufladę/koszyk na akcesoria i przewody, schowkiem na butlę z argonem.	TAK		

33.	Kabel monopolarny – 2 szt.	TAK		
34.	Elektroda neutralna jednorazowa – 300 szt.	TAK		
35.	Kabel wielorazowy do elektrod neutralnych jednorazowych– 2szt.	TAK		
36.	Sonda argonowa jednorazowa ze zintegrowanym przyłączem – 20 szt.	TAK		
37.	Butla z argonem – 1szt.	TAK		
38.	Butlowy reduktor ciśnienia do argonu – 1szt.	TAK		
39.	Podać zalecaną przez producenta częstość wykonywania przebiegów okresowych. Wymienić zakres czynności wykonywanych podczas przebiegów okresowych oraz elementy zużywalne wymieniane podczas wykonywania w/w przebiegu	TAK podać		

Wymogiem jest aby wartości podane w kolumnie „Wartość oferowana” były zgodne z danymi zawartymi w oficjalnym dokumencie przedstawiającym dane techniczne (np. Product Data). Zamawiający ma prawo wystąpić do Wykonawcy o udostępnienie takiego dokumentu celem weryfikacji.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do zażądania w wyznaczonym przez siebie terminie, dokonania przez Wykonawcę prezentacji, pokazu oferowanego przedmiotu zamówienia ze wszystkimi wymaganymi parametrami. Niespełnienie tego wymagania spowoduje odrzucenie oferty jako niezgodnej z treścią SIWZ.

**Oświadczenie Wykonawcy dot. warunków gwarancji i szkolenia
(dotyczy zadania 1, zadania 2, zadania 3)**

1. Oświadczam , że oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i po uruchomieniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Na oferowany przedmiot udzielammiesiący pełnej gwarancji licząc od daty podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego (min. wymagany przez Zamawiającego okres to 36 miesięcy).

W okresie gwarancji Wykonawca zapewni pełną bezpłatną obsługę serwisową oferowanego przedmiotu zamówienia oraz bezpłatną naprawę wszystkich uszkodzeń mechanicznych powstałych podczas eksploatacji bez względu na przyczynę powstania tych uszkodzeń, tj.

-wady materiałowe, konstrukcyjne i w wykonawstwie,

-wszelkie uszkodzenia eksploatacyjne,

-zalania i zawilgocenia endoskopu,

-zatkania i uszkodzenia mechaniczne kanałów endoskopu,

-inne usterki pojawiające się w czasie eksploatacji

- czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia w okresie gwarancji będzie wynosił nie dłużej niż 5 dni roboczych w przypadku drobnych napraw (dni robocze – dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni wolnych od pracy) a w przypadku konieczności sprowadzenia części z zagranicy nie dłużej niż 12 dni roboczych, w przypadku przedłużającej się naprawy powyżej 5 dni roboczych wstawienie aparatu zastępczego.

- graniczny czas naprawy po przekroczeniu którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji(max 7 dni roboczych)

- siedziba autoryzowanego serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego na terenie Polski, upoważnionego do wykonywania działań serwisowych

adres, telefon, faks, mail:

.....
.....
.....
.....

3. Oświadczam, że w ramach oferowanej gwarancji będą wykonywane przeglądy zalecane przez producenta. Wszystkie czynności związane z wykonaniem przeglądu odbywać się będą na koszt Wykonawcy.
- 5 Oświadczam , że wraz z dostawą dostarczę instrukcję obsługi w języku polskim zawierającą zapisy dotyczące bezpieczeństwa użytkownika i bezpieczeństwa pacjenta .
6. Oświadczam, że bezpośredni użytkownicy zostaną przeszkoleni w zakresie obsługi przedmiotu zamówienia.

Miejscowość, data:

.....
(podpisy osoby/ osób uprawnionych)

Oświadczenie Wykonawcy dot. warunków gwarancji i szkolenia (dotyczy zadania 4)

1. Oświadczam , że oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów (poza materiałami eksploatacyjnymi).
2. Na oferowany przedmiot udzielammiesiący pełnej gwarancji licząc od daty podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego (min. wymagany przez Zamawiającego okres to 36 miesięcy).
3. Warunki gwarancji:
 - czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia w okresie gwarancji nie dłużej niż 5 dni robocze liczone od daty zgłoszenia a w przypadku konieczności sprowadzenia części spoza granic Polski nie dłuższy niż 7 dni roboczych
 - graniczny czas naprawy po przekroczeniu którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji(max 5 dni roboczych)
 - liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany na nowy element/podzespół(max. ilość napraw dopuszczonych przez Zamawiającego – 3)

- W przypadku przedłużania się czasu naprawy powyżej 30 dni Zamawiający ma prawo żądać wymiany sprzętu na nowy na koszt Wykonawcy.
- siedziba autoryzowanego serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego na terenie Polski, upoważnionego do wykonywania działań serwisowych

adres , telefon, faks, mail;

.....
.....
.....
.....

4. Oświadczam, że w ramach oferowanej gwarancji będą wykonywane przeglądy zalecane przez producenta. Wszystkie czynności związane z wykonaniem przeglądu odbywać się będą na koszt Wykonawcy.
5. Dostępność części zamiennych min. 8 lat od daty odbioru.
6. Oświadczam , że wraz z dostawą dostarczę instrukcję obsługi w języku polskim zawierającą zapisy dotyczące bezpieczeństwa użytkownika i bezpieczeństwa pacjenta (wersja papierowa i elektroniczna) oraz instrukcję serwisową.
7. Oświadczam, że bezpośredni użytkownicy zostaną przeszkoleni w zakresie obsługi przedmiotu zamówienia. Pierwsze szkolenie odbędzie się przy instalacji aparatu, a dodatkowe - w terminie uzgodnionym z Użytkownikiem.
8. Oświadczam, że zostanie przeprowadzone szkolenie serwisowe w siedzibie Zamawiającego dla pracowników Inżynierii Klinicznej potwierdzone wydaniem certyfikatu/zaświadczenia na wykonywanie konserwacji i przeglądów oraz podstawowych napraw i diagnostyki oferowanej diatermii endoskopowej po okresie obowiązywania gwarancji.

Miejscowość, data:

.....
(podpisy osoby/ osób uprawnionych)