

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA  
AG.ZP 3320.5.20

**ZADANIE 1 - Aparat ECMO – 1szt.**

Lp.	PARAMETR/WARUNEK	WARTOŚĆ WYMAGANA	PUNKTACJA	WARTOŚĆ OFEROWANA
1.	Aparat fabrycznie nowy, min.2019 rok produkcji Producent Model/typ Kraj pochodzenia	TAK podać		
2.	Zestaw mobilny, umożliwiający prowadzenie oksigenacji zewnątrzustrojowej (ECMO) i wspomagania komór serca, składający się z konsoli głównej/jednostki sterującej, podgrzewacza wodnego, mieszalnika gazów, konsoli jezdnej.	TAK		
	<b>KONSOLA GŁÓWNA/JEDNOSTKA STERUJACA</b>	TAK		
3.	- Zasilanie 230V/50Hz - Zasilanie awaryjne na min. 90 min. przy pełnym obciążeniu, - Monitorowanie: czasu pracy baterii, procentowy i przybliżony pozostały czas pracy baterii - Automatyczne załączanie baterii, w przypadku braku zasilania sieciowego - Alarmy kolorystyczne i alarmy akustyczne.	TAK podać		
4.	Zasilanie 11-28 Volt DC ( min. 2 m kabel przystosowany do zasilania w karetce ). Certyfikacja transportowa między szpitalna	TAK/NIE	TAK – 10 pkt NIE – 0 pkt	
5.	Awaryjny napęd ręczny głowicy	TAK		
6.	Czujnik przepływu i mikrozatorów z oznaczeniem kierunku przepływu	TAK		
7.	Konsola pompy centryfugalnej z możliwością transportu, ciężar maks. 11kg	TAK podać		
8.	Wyświetlacz LCD –ekran dotykowy, kolorowy	TAK		

		podać		
9.	Rozdzielczość 0,01 l/min	TAK		
10.	Wyświetlacz prędkości przepływów głowicy	TAK		
11.	Zakres przepływu w zakresie min. 0 l/min do 10 l/min	TAK podać		
12.	Zakres pomiaru ciśnienia: od min. -500 do 900 mmHg	TAK podać		
13.	Prewencja przepływu zwrotnego: automatyczna aktywacja trybu przepływu zerowego ( 0 l/min. )	TAK		
14.	Konsola pompy centryfugalnej umożliwiająca pomiar min. 4 ciśnień	TAK podać		
15.	Konsola pompy centryfugalnej umożliwiająca pomiar min 4 temperatur	TAK podać		
16.	Żyłna głowica pomiarowa (technologia : podczerwień optyczna/pomiar spektrometryczny) monitoring poziomu: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemoglobiny</li> <li>• Hematokrytu</li> <li>• saturacji krwi żyłnej</li> </ul> pomiar parametrów bezinwazyjny	TAK		
17.	Konsola pompy centryfugalnej z wejściem USB do zbierania danych pacjenta podczas procedury ECMO.	TAK		
18.	Oprogramowanie i aplikacje w języku polskim	TAK		
19.	Bezpłatna aktualizacja oprogramowania najnowszej wersji	TAK		
20.	Dostępne aplikacje do różnych procedur: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ECMO V-V (żyłno-żyłne):wspomaganie oddychania,</li> <li>• ECMO A-V (żyłno-tętnicze):wspomaganie oddychania i krążenia,</li> <li>• Wspomaganie VAD: wspomaganie lewej lub prawej komory</li> </ul>	TAK		

	• usuwanie CO <sub>2</sub> ,			
	<b>PODGRZEWACZ WODNY</b>	TAK		
21.	Podgrzewacz wodny z zestawem drenów połączeniowych do oksygenatora ze złączkami typu Hansen	TAK		
22.	Regulacja temperatury podgrzewacza w zakresie od min. 15°C do 39°C z wyświetleniem aktualnej temperatury	TAK Podać		
23.	Zbiornik z wodą o pojemności: min 0,5 l max 1,0 l	TAK podać		
24.	Układ zabezpieczający przed przegrzaniem powyżej 41,5 °C	TAK		
	<b>KONSOLA JEZDNA</b>	TAK		
25.	Konsola jezdna do transportu całego zestawu, wraz z półkami i masztem infuzyjnym	TAK		
	<b>MIESZACZ GAZÓW</b>	TAK		
26.	Mieszacz gazów tlen-powietrze dwuzakresowy.	TAK		
27.	Procentowe ustawienie mieszaniny gazów FiO <sub>2</sub> , zakres pomiarowy: 21 – 100 %	TAK		
28.	Dwie skale przepływu mieszaniny gazów: od 100 ml/min do 1000 ml/min oraz od 500 ml/min do 10 000 ml/min.	TAK		
29.	Węże przyłączeniowe, kompatybilne z posiadanym przez Zamawiającego systemem do podłączenia gazów typu AGA	TAK		
	<b>UCHWYT NA BUTLĘ Z TLENEM</b>	TAK		
30.	Podać zalecaną przez producenta częstość wykonywania przeglądów okresowych. Wymenić 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 producenta przedstawiającym dane techniczne - 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 aparatu ECMO ze wszystkimi wymaganymi parametrami. Niespełnienie tego wymagania spowoduje odrzucenie oferty jako niezgodnej z treścią SIWZ.

### Oświadczenie Wykonawcy

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 zamówienia udzielam .....miesiące 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 uszkodzenia, a w przypadku konieczności sprowadzenia części spoza granic Polski nie dłuższy niż 7 dni roboczych. W przypadku przedłużającej się naprawy ( powyżej 7 dni ) wstawienie aparatu zastępczego.
  - graniczny czas naprawy po przekroczeniu którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji .....( max 7 dni roboczych )
  - liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany na nowy element/podzespół .....(max. ilość napraw dopuszczonych przez Zamawiającego – 3)
  - siedziba autoryzowanego serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego na terenie Polski,

adres.....  
.....

.....  
.....

4. Oświadczam, że w ramach oferowanej gwarancji będą wykonywane przeglądy zalecane przez producenta. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu obowiązywania gwarancji. 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.
6. 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.

Miejscowość, data: .....

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