|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Urządzenie medyczne do zamykania naczyń przy pomocy ultradźwięków wraz z przetwornikiem na rzecz Szpitala Czerniakowskiego Sp. z o.o.** | | | |
| **Producent (marka) …………………………………………………………..………………………… (Należy podać)**  **Model ………………………………………………………………………………………..………..… (Należy podać)**  **Numer katalogowy …………………………………………………..………………..…………………(Należy podać jeżeli dotyczy)**  **Kraj pochodzenia...…………………………………………………….………………………………..(Należy podać)**  **Fabrycznie nowe urządzenie, wyprodukowane nie wcześniej niż w 2018 r.** | | | |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Parametr wymagany / oceniany** | **Parametr oferowany** |
| **Wymagania ogólne – Nożyczki – 2 sztuki** | | | |
| 1 | Zakrzywione Sonosurg X lub równoważne | wymagane | TAK / NIE |
| 2 | Pełna kompatybilność z posiadanym przez Zamawiającego aparatem Olympus Sonosurg, bez żadnych adapterów, przejściówek itp. | wymagane | TAK / NIE |
| 3 | Wyposażone w uchwyt pistoletowy | wymagane | TAK / NIE |
| 4 | Średnica: 5mm | wymagane | TAK / NIE |
| 5 | Długość: 340 mm | wymagany | TAK / NIE |
| 6 | Dostosowanie do podłączenia diatermii monopolarnej | wymagany | TAK / NIE |
| 7 | Pełna autoklawalność | wymagany | TAK / NIE |
| 8 | Dostosowanie do wielorazowego użycia | wymagany | TAK / NIE |
| **Wymagania ogólne – Przetwornik piezoelektryczny do narzędzi ultradźwiękowych** | | | |
| 1 | Pełna kompatybilność z posiadanym przez Zamawiającego Aparatem Olympus Sonosurg, bez żadnych adapterów, przejściówek itp. | wymagane | TAK / NIE |
| 2 | Dostosowanie do współpracy z rozłączalnym przewodem MAJ-1121 do posiadanego przez Zamawiającego generatora Olympus Sonosurg. | wymagane | TAK / NIE |
| 3 | Pełna autoklawalność | wymagane | TAK / NIE |
| 4 | Dostosowanie do wielorazowego użycia | wymagane | TAK / NIE |
| **Pozostałe wymagania** | | | |
| 1 | Dostawa przedmiotu zamówienia nie później niż do 6 dni roboczych od daty zawarcia umowy | wymagany | TAK / NIE |
| 2 | przeprowadzenie szkolenia u Zamawiającego (*w terminie uzgodnionym z Bezpośrednim Użytkownikiem*) dla personelu technicznego i medycznego na poziomie podstawowym po uruchomieniu *przedmiotu zamówienia,* z obsługi wszystkich elementów oferowanej konfiguracji *przedmiotu zamówienia*. Szkolenie winno obejmować sposób przygotowania aparatów do dezynfekcji i sterylizacji.  Szkolenie powinno być udokumentowane wystawieniem stosownego zaświadczenia i być przeprowadzone w języku polskim lub z udziałem tłumacza. | wymagane | TAK / NIE |
| 3 | Gwarancja minimum 24 miesiące od daty odbioru potwierdzonego protokołem  **(Kryterium oceny ofert)** | wymagane | TAK / NIE |
| 4 | Uzupełniony paszport techniczny z wpisaną datą instalacji, uruchomienia i terminem następnego przeglądu oraz listą przeszkolonego personelu. | wymagane | TAK / NIE |
| 5 | Dokumentacja aparatu w jęz. polskim | wymagane | TAK / NIE |
| 6 | W okresie gwarancji: przeglądy okresowe bez wezwania, bez kosztów dla Zamawiającego oraz z dokonaniem wpisu do paszportu technicznego urządzenia | wymagane | TAK / NIE |
| 7 | W okresie gwarancji: naprawa bez konieczności sprowadzenia części zamiennych z zza granicy max. 3 dni robocze | wymagane | TAK / NIE |
| 8 | W okresie gwarancji: naprawa z koniecznością sprowadzenia części zamiennych z zza granicy max. 7 dni roboczych | wymagane | TAK / NIE |
| 9 | W okresie gwarancji dostawa urządzenia zastępczego o nie gorszych parametrach przy naprawie powyżej 7 dni | wymagane | TAK / NIE |
| 10 | W okresie gwarancji, w przypadku konieczności wykonania czynności serwisowych poza terenem Zamawiającego – transport urządzenia w obie strony pokrywa Wykonawca | wymagane | TAK / NIE |
| 11 | Dostępność części zamiennych i akcesoriów: min. 10 lat od daty zakończenia produkcji urządzenia | wymagane | TAK / NIE |
| 12 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. | wymagane | TAK / NIE |
| 13 | Okres gwarancji i rękojmi biegnie od dnia podpisania przez Strony protokołu odbioru bez zastrzeżeń. | wymagane | TAK / NIE |
| 14 | Okres naprawy sprzętu w trakcie okresu rękojmi/gwarancji przedłuża okres udzielonej gwarancji.  Zamawiający może realizować uprawnienia z tytułu rękojmi niezależnie od uprawnień z tytułu gwarancji. | wymagane | TAK / NIE |
| 15 | Wszelkie działania serwisowe (diagnozy uszkodzeń, naprawy gwarancyjne i przeglądy) będą dokonywane, przez serwis gwarancyjny autoryzowany przez producenta i będą potwierdzone protokołami serwisowymi w języku polskim i wpisami do paszportu technicznego sprzętu. | wymagane | TAK / NIE |
| 16 | W ramach serwisu gwarancyjnego Wykonawca zapewni dostęp do dokumentacji technicznej niezbędnej do prawidłowego działania, dezynfekcji i sterylizacji dostarczonych urządzeń. | wymagane | TAK / NIE |
| 17 | Za transport sprzętu objętego gwarancją i rękojmią, do serwisu oraz jego zwrot oraz sprzętu zastępczego odpowiada i ponosi koszty transportu Wykonawca. | wymagane | TAK / NIE |
| 18 | Nieodpłatna diagnoza uszkodzeń w okresie gwarancji | wymagane | TAK / NIE |
| 19 | W okresie gwarancji, w przypadku uszkodzeń mechanicznych czyniących naprawę nieopłacalną lub niemożliwą – wystawienie orzeczenia technicznego bez dodatkowych kosztów dla Zamawiającego połączone ze zwrotem uszkodzonego elementu w postaci złożonej. | wymagane | TAK / NIE |
| 20 | Instrukcja obsługi i serwisowa w j. polskim | wymagane | TAK / NIE |
| 21 | Wykaz środków dezynfekcyjnych wraz z parametrami procesu dezynfekcji i sterylizacji. | wymagane | TAK / NIE |
| 22 | Certyfikaty, Deklaracja zgodności, Dopuszczenie do obrotu | wymagane | TAK / NIE |

**Powyższe parametry/warunki techniczne (graniczne) stanowią wymagania odcinające, niespełnienie nawet jednego z w/w wymagań spowoduje odrzucenie oferty.**

**W przypadku wątpliwości Komisja zastrzega sobie prawo do weryfikacji parametrów oferowanych urządzeń na podstawie oryginalnych materiałów producenta. W sytuacji braku jednoznacznego potwierdzenia w FMI wartości oferowanych parametrów, Zamawiający ma prawo odrzucić ofertę.**

**Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie po zainstalowaniu gotowy do użycia bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji *(poza materiałami eksploatacyjnymi, jeżeli dotyczy).***

, dnia \_\_\_/\_\_\_/2018 r.

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*podpis i pieczątka (i) imienna (e) osoby (osób)*

*uprawnionej (ych) do reprezentowania Wykonawcy*