**Pakiet nr 2**

**Zamawiający dopuszcza rozwiązania równoważne w przypadkach określających dany parametr przedmiotu zamówienia przez odniesienie, m.in., do norm, europejskich ocen technicznych, aprobat, specyfikacji technicznych i systemów referencji technicznych, o których mowa w art. 30 ust. 1 pkt 2 i ust. 3 PZP.**

**Przedmiot zamówienia – fabrycznie nowy**

Wykonawca zobowiązany jest na swój koszt zabezpieczyć całą dostawę i ponosi z tego tytułu pełną odpowiedzialność do momentu odebrania przedmiotu umowy przez Personel Zamawiającego.

**RESPIRATOR DO DŁUGOTRWAŁEJ TERAPII NIEWYDOLNOŚCI ODDECHOWEJ RÓŻNEGO POCHODZENIA.- 2szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Model/Typ urządzenia | Podać |   |
| Producent | Podać |   |
| Kraj pochodzenia | Podać |   |
| Rok produkcji | Podać |   |

 **PARAMETRY GRANICZNE**

**Niespełnienie któregokolwiek z podanych warunków będzie skutkowało odrzuceniem oferty. Niewypełnienie kolumny „Parametr oferowany” poprzez wpisanie konkretnych parametrów oferowanego przedmiotu zamówienia będzie również skutkowało odrzuceniem oferty. Niedopuszczalne jest wypełnienie dokumentu poprzez wpisanie w tej kolumnie słowa TAK. Zamawiający wymaga wskazania konkretnych parametrów.**

**Do oferty należy załączyć Katalog lub prospekt lub folder w języku polskim każdego zaoferowanego przedmiotu zamówienia zawierający opis oraz parametry potwierdzające wymagania postawione przez Zamawiającego w zał. nr 3 do SIWZ oraz zawierający numery katalogowe - w oparciu o które została przygotowana oferta.**

**W katalogu/prospekcie/folderze należy wyraźnie zaznaczyć, których pozycji formularza cenowego (Załącznika nr 2 do SIWZ) dotyczy dany zapis - umieszczając w nim zarówno nr Pakietu, jak i nr poszczególnej pozycji asortymentowej Pakietu (np. Pakiet 1 poz. 1 itd.) – celem identyfikacji oferowanego przedmiotu zamówienia.  W przypadku parametru nie znajdującego się w katalogu/prospekcie/folderze należy przedstawić oświadczenie o posiadaniu danego parametru przez zaoferowany przedmiot zamówienia( należy dokładnie określić parametr/parametry, którego oświadczenie dotyczy).**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Warunki wymagane, konieczne do spełnienia Parametr graniczny/wartość** | **Parametr oferowany (podać, opisać)** | **Zasady oceny (punktacji)** |
|  | Respirator dla dzieci i dorosłych. | TAK |  |  |
|  | Mocowanie respiratora na kolumnie | Tak  |  |  |
|  | Zasilanie w tlen i powietrze z sieci centralnej o ciśnieniu w zakresie minimum od 2,8 do 5,5 bar. | Tak (podać jakie) |  |  |
|  | Zasilanie elektryczne 220-240 V; 60 Hz / 50 Hz. | Tak (podać jakie) |  |  |
|  | Awaryjne zasilanie z wewnętrznego akumulatora do podtrzymania pracy urządzenia. | Tak  |  |  |
|  | CMV, CMV Assist. | Tak |  |  |
|  | SIMV. | Tak |  |  |
|  | PEEP/CPAP. | Tak |  |  |
|  | Oddech na dwóch poziomach ciśnienia typu BiLevel, DuoPAP, BIPAP. | Tak |  |  |
|  | Tryb wentylacji typu MMV | Tak  |  |  |
|  | Tryb wentylacji typu PPS lub PAV+ | Tak (podać jakie) |  |  |
|  | Tryb wentylacji nieinwazyjnej (NIV) | Tak |  |  |
|  | Tryb wentylacji typu Volume Support (VSV) | Tak |  |  |
|  | Tryb wentylacji typu VPS (tzw. wentylacja „szumowa”) | Tak |  |  |
|  | APRV | Tak |  |  |
|  | Tryb automatycznego odzwyczajania pacjenta od wentylacji mechanicznej z automatyczną regulacją poziomu wspomagania ciśnienia na podstawie analizy etCO2 w respiratorze | Tak |  |  |
|  | Automatyczna kompensacja oporów rurki tracheotomijnej (ATC) | tak |  |  |
|  | Automatyczne westchnienia z regulacją parametrów westchnień. | Tak |  |  |
|  | Możliwość prowadzenia wentylacji z ustalonym przez operatora stosunkiem wdech wydech (I:E). | Tak  |  |  |
|  | Częstość oddechów przy wentylacji CMV-IPPV minimum 5 – 95 1/min. | Tak (podać jakie) |  |  |
|  | Objętość pojedynczego oddechu minimum od 20 do 2000 ml. | Tak (podać jakie) |  |  |
|  | Regulowane ciśnienie wdechu dla wentylacji ciśnieniowo kontrolowanych minimum od 5 do 90 cmH2O. | Tak (podać jakie) |  |  |
|  | Ciśnienie wspomagane PSV minimum od 5 do 90 cmH2O.  | Tak (podać jakie) |  |  |
|  | Możliwość ustawienia PEEP/CPAP minimum od 0 do 50 cmH2O. | Tak (podać jakie) |  |  |
|  | Stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej regulowane płynnie w granicach 21-100% (elektroniczny mieszalnik gazów). | Tak (podać jakie) |  |  |
|  | Wyzwalanie oddechu, czułość przepływowa: minimalny zakres czułości triggera: 0,5 l/min – 15 l/min. | Tak (podać jakie) |  |  |
|  | Płynna regulacja czasu lub współczynnika narastania przepływu dla oddechu ciśnieniowo kontrolowanego i ciśnieniowo wspomaganych. | Tak |  |  |
|  | Regulacja czułości zakończenia fazy wdechu dla oddechów ciśnieniowo wspomaganych w zakresie minimum 5 – 65 % szczytowego przepływu wdechowego. | Tak (podać jakie) |  |  |
|  | Rzeczywista częstość oddychania. | Tak  |  |  |
|  | Graficzna prezentacja płuc pacjenta wraz w wartościami cyfrowymi | Tak |  |  |
|  | Częstość oddechów spontanicznych. | Tak |  |  |
|  | Objętość pojedynczego oddechu. | Tak |  |  |
|  | Częstość oddechów wyzwalanych przez pacjenta. | Tak |  |  |
|  | Objętość pojedynczego oddechu wspomaganego ciśnieniowo przy wentylacji SIMV. | Tak |  |  |
|  | Rzeczywista objętość wentylacji minutowej MV. | Tak |  |  |
|  | Rzeczywista objętość wentylacji minutowej spontanicznej. | Tak |  |  |
|  | Wentylacja minutowa, objętość lub frakcja przecieku. | Tak  |  |  |
|  | Ciśnienie PEEP. | Tak  |  |  |
|  | Ciśnienie okluzji P,01 | Tak  |  |  |
|  | NIF – Negative Inspiratory Force | Tak |  |  |
|  | Szczytowe ciśnienie wdechowe. | Tak |  |  |
|  | Ciśnienie średnie. | Tak |  |  |
|  | Ciśnienie fazy Plateau. | Tak |  |  |
|  | Integralny pomiar stężenia tlenu metodą paramagnetyczną | Tak |  |  |
|  | Pomiar końcowo wydechowego CO2 w respiratorze  | Tak |  |  |
|  | Kalkulacja współczynnika eliminacji dwutlenku węgla V’CO2 | Tak |  |  |
|  | Możliwość wykonania manewru rekrutacji pęcherzyków płucnych poprzez płynne, bezpośrednie i jednoczesne zwiększanie ciśnienia szczytowego i PEEP – opisać | Tak |  |  |
|  | Prezentacja na kolorowym minimum 15” ekranie respiratora krzywych oddechowych: ciśnienie/czas, przepływ/czas, objętość/czas – z możliwością jednoczesnej obserwacji minimum trzech krzywych na ekranie; nie dopuszcza się ekranów kopiujących | Tak (podać jakie) |  |  |
|  | Prezentacja na kolorowym minimum 15” ekranie respiratora pętli oddechowych co najmniej: ciśnienie/objętość; nie dopuszcza się ekranów kopiujących | Tak (podać jakie) |  |  15” – 20”- 0 pkt. Powyżej 20”- 5 pkt. |
|  | Prezentacja na kolorowym minimum 15” ekranie respiratora trendów mierzonych parametrów – co najmniej 6 dni; nie dopuszcza się ekranów kopiujących | Tak (podać jakie) |  | Prezentacja trendów z 6 dni – 0 pkt.Prezentacja trendów powyżej 6 dni – 5 pkt. |
|  | Możliwość odłączenia ekranu respiratora od jednostki pneumatycznej | Tak |  |  |
|  | Kategorie alarmów według ważności: | Tak |  |  |
|  | 1. Wadliwej pracy elektroniki aparatu.
 | Tak |  |  |
|  | 1. Braku zasilania w energię elektryczną.
 | Tak |  |  |
|  | 1. Niskiego ciśnienia gazów zasilających.
 | Tak |  |  |
|  | 1. Za wysokiego i za niskiego stężenia tlenu.
 | Tak |  |  |
|  | 1. Całkowitej objętości minutowej za wysokiej i za niskiej.
 | Tak |  |  |
|  | 1. Za wysokiej objętości oddechowej TV.
 | Tak |  |  |
|  | 1. Za wysokiej objętości oddechowej – tachypnea.
 | Tak |  |  |
|  | 1. Zbyt wysokiego ciśnienia szczytowego.
 | Tak |  |  |
|  | 1. Zbyt niskiego ciśnienia wdechu lub przecieku.
 | Tak |  |  |
|  | Alarm bezdechu z automatycznym uruchomieniem wentylacji zastępczej. | Tak |  |  |
|  | Zabezpieczenie przed przypadkową zmianą nastawionych parametrów. | Tak |  |  |
|  | Funkcja autotestu aparatu dokonywana automatycznie po włączeniu. | Tak |  |  |
|  | Nebulizator do wziewnego podawania leków do każdego respiratora; sterowanie nebuliazatorem z respiratora | Tak |  |  |
|  | Wyposażenie: 50 sztuk jednorazowych nawilżaczy / filtrów HME do każdego respiratora oraz 50 jednorazowych układów oddechowych,  | Tak (podać jakie) |  |  |
|  | Możliwość sterylizacji kompletnego układu pacjenta wraz z zastawką wydechową; dreny do podłączenia respiratora o dł. min. 3 m. | Tak (podać jakie) |  |  |
|  | Skrócona instrukcja obsługi dostępna na ekranie respiratora | Tak |  |  |
|  | Polski interfejs i oprogramowanie aparatu. | Tak |  |  |

Dla umożliwienia Zamawiającemu weryfikacji udzielonych odpowiedzi odnośnie spełnienia warunków granicznych i/lub ich wartości należy dołączyć do oferty materiały opisowe pochodzące od producenta: oryginalne ulotki, katalogi, opisy przedmiotu zamówienia, dokumentację techniczną oferowanego sprzętu/ przedmiotu zamówienia, product date, instrukcje obsługi itp. Stosowne materiały opisowe pochodzące od producenta należy załączyć w oryginale lub jako kserokopie poświadczone za zgodność z oryginałem.

Wszystkie dane/parametry z tabeli technicznej muszą znajdować swoje potwierdzenie w danych produktowych producenta.

Niniejszym oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu, do dostarczania sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.

|  |
| --- |
| **Materiały eksploatacyjne** niezbędne do pracy z powyższym sprzętem proszę wymienić i wskazać (rozmiar, nr katalogowy, sposób konfekcjonowania, jednostkowe ceny netto i brutto)**JEŻELI DOTYCZY:** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Podpis i pieczęć Wykonawcy)

**WARUNKI GWARANCJI I SERWISU OFEROWANEGO SPRZĘTU .**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **RESPIRATOR DO DŁUGOTRWAŁEJ TERAPII NIEWYDOLNOŚCI ODDECHOWEJ RÓŻNEGO POCHODZENIA.- 2szt.** | **Warunek graniczny** | **Wartość oferowana** |
| 1. | Okres gwarancji na urządzenie liczony od dnia instalacji przedmiotu zamówienia w miejscu użytkowania potwierdzonej bezusterkowym protokołem odbioru. | **min. 24 miesiące,** **podać za każde kolejne 6 mcy –dodatkowe 5 pkt. (Maksymalnie 20 pkt.)** |  |
| 2. | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas przestoju urządzenia (naprawy) zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia. | Tak |  |
| 3. | Możliwość przedłużenia gwarancji na kolejne lata za ryczałtową odpłatnością lub wykupienie kontraktu serwisowego. | Tak |  |
| 4. | Pełna gwarancyjna obsługa serwisowa napraw (wraz z kosztem dojazdu, części zamiennych i robocizny), jeden bezpłatny przegląd w ciągu roku (w ostatnim miesiącu obowiązywania gwarancji), cykliczna kontrola bezpieczeństwa elektrycznego oraz czynności wymienionych w Art. 90 pkt 4 (Ustawy o wyrobach medycznych Dz.U. 2010, Nr 107, poz. 679) w okresie gwarancji wliczone w cenę zamówienia bez żadnych limitów np. ilości godzin pracy, ilości cykli itp | Tak |  |
| 5. | Czas usunięcia usterki/awarii nie wymagającej wymiany części, od momentu zgłoszenia w godzinach zegarowych. | 48 h |  |
| 6. | Czas usunięcia usterki/awarii wymagającej wymiany części, od momentu zgłoszenia w dniach roboczych.  | <=3 dni |  |
| 7. | W przypadku awarii naprawa w siedzibie Zamawiającego; w przypadku konieczności dokonania naprawy w warsztacie serwisowym, Wykonawca ponosi wszelkie koszty transportu i zapewnia urządzenie zastępcze na czas trwania naprawy dostarczone do 48h od momentu zgłoszenia awarii. | Tak |  |
| 8. | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu/urządzenia na nowy:a) 3 naprawy tego samego elementu (podzespołu) – uprawniają do wymiany podzespołu na nowy lub b) 3 niezależne od siebie awarie aparatu (sprzętu) w okresie 30 kolejnych dni – uprawniają do wymiany aparatu (sprzętu) na nowy. | Tak |  |
| 9. | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych i wyposażenia. |  **8 lat od daty dostawy**  |  |
| 10. | Przeglądy okresowe lub inne czynności wymienione w zakresie Art. 90 pkt 4 w okresie gwarancji zalecane przez producenta a wykonywane przez serwis autoryzowany – podać w tabeli harmonogram zawierający m.in. terminy i zakres czynności do wykonania. | Podać |  |
| 11. | Czas niezbędny do wykonania przeglądu okresowego lub innych czynności wymienionych w zakresie Art. 90 pkt 4 w ramach gwarancji od momentu zgłoszenia w dniach kalendarzowych. | <=14 dni |  |
| 12. | Po uruchomieniu urządzenia a przed oddaniem do eksploatacji dostarczyć **PROTOKÓŁ BEZPIECZEŃSTWA ELEKTRYCZNEGO** sprzętu zgodny z normą PN-EN 62353 lub równoważnym pod kątem bezpieczeństwa elektrycznego. W przypadku gdy sprzęt nie podlega wymaganiom normy PN-EN 62353 **OŚWIADCZENIE PRODUCENTA.** | Informacja, który z dokumentów (Protokół lub oświadczenie) zostanie dostarczony |  |
| 13. | Serwis gwarancyjny na terenie Polski – wskazać przeznaczony dla zamawiającego punkt napraw i przeglądów gwarancyjnych (nazwa, adres, telefon, fax, e-mail). | Podać |  |
| 14. | Świadectwo autoryzacji serwisu potwierdzone przez producenta urządzenia. | **TAK****na wezwanie Zamawiającego** |  |
| 15. | Najbliższy dla zamawiającego pogwarancyjny serwis na terenie krajów Unii Europejskiej poza Polską (nazwa, adres, telefon, fax, e-mail). | Podać |  |
| 16. | Pogwarancyjne przeglądy okresowe lub inne czynności wymienione w zakresie Art. 90 pkt 4 wymagane przez producenta i wykonywane przez serwis autoryzowany, załączyć na wezwanie Zamawiającego  **HARMONOGRAM** zawierający m.in. terminy, częstotliwość i zakres czynności do wykonania lub załączyć do oferty pisemne **OŚWIADCZENIE**, że sprzęt nie wymaga wykonania żadnych przeglądów pogwarancyjnych wykonywanych przez serwis. | **Informacja, który z dokumentów (Harmonogram lub oświadczenie )****na wezwanie Zamawiającego** |  |
| 17. | Dokumentacja techniczna opisująca sposób wykonania okresowej kontroli bezpieczeństwa elektrycznego sprzętu w zakresie zgodnym z normą PN-EN 62353 lub równoważnym pod kątem bezpieczeństwa elektrycznego z uwzględnieniem wymagań producenta – wypełnić załącznik w/g wzoru **KARTA KONTROLI.** | Informacja, który z dokumentów (**KARTA KONTROLI** , dokumentacja techniczna)**na wezwanie Zamawiającego** |  |
| 18. | Jeżeli producent urządzenia przewiduje, że urządzenie wymaga przeprowadzania okresowych (cyklicznych) czynności serwisowo – konserwacyjnych wykonywanych przez służby techniczne zamawiającego załączyć **na wezwanie Zamawiającego HARMONOGRAM** zawierający m.in. terminy, częstotliwość i zakres czynności do wykonania. Jeżeli nie przewiduje to oświadczenie. W dniu dostawy **SZKOLENIE** w tym zakresie wraz z **WYDANIEM IMIENNEGO CERTYFIKATU** upoważniającego do wykonywania tych czynności (wraz z dokumentacją pkt 19). | **Informacja, który z dokumentów (HARMONOGRAM lub OŚWIADCZENIE)****na wezwanie Zamawiającego** |  |
| 19. | W przypadku harmonogramu pkt. 18 w języku polskim dokumentacja serwisowo – techniczna zawierająca opis sposobu wykonania tych czynności przez służby techniczne zamawiającego – dostarczona w dniu dostawy. | Tak |  |
| 20. | Instrukcja obsługi w języku polskim – dostarczona w dniu dostawy. | Tak |  |
| 21. | Paszport techniczny (wypełniony) – dostarczony w dniu dostawy. | Tak |  |

**KARTA KONTROLI**

W związku z wymaganiami Art. 90 ust. 6 i 7 ustawy o wyrobach medycznych Dz.U. 2010 Nr 107 Poz. 679

oraz normy PN-EN 62353 w zakresie bezpiecznego użytkowania sprzętu medycznego proszę podać wymagania producenta w zakresie wykonywania czynności okresowej kontroli pod względem bezpieczeństwa.

Nazwa i typ sprzętu . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Klasa ochrony (podać I , II , III ) . . . . . . . . .

Typ części aplikacyjnych (określić i podać B , BF , CF) . . . . . . . .

 (określić i podać B , BF , CF) . . . . . . . .

Test przewodu ochronnego (podać wartość limitu mΩ) . . . . mΩ

Prąd upływu urządzenia (określić wymagane metody pomiaru i podać wartość limitu prądu µA)

- metoda bezpośrednia (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . µA

- metoda różnicowa (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . µA

- metoda alternatywna (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . µA

Prąd upływu części aplikacyjnych (określić wymagane metody pomiaru i podać wartość limitu prądu µA)

- metoda bezpośrednia (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . µA

- metoda alternatywna (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . µA

Rezystancja izolacji (określić wymagane metody pomiaru i podać wartość limitu MΩ)

- pomiędzy zasilaniem a uziemieniem (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . MΩ

- pomiędzy częściami aplikacyjnymi a uziemieniem (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . MΩ

- pomiędzy częściami aplikacyjnymi a zasilaniem (tak/nie) . . . . . wartość limitu . . . . . . . MΩ

Test funkcjonalny (określić zalecenia producenta co do sposobu i zakresu wykonania)

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

Inne wytyczne producenta co do sposobu wykonywania i zakresu kontroli bezpieczeństwa elektrycznego:

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

**Kryteria oceny ofert oraz Opis sposobu przyznawania punktów**

**RESPIRATOR DO DŁUGOTRWAŁEJ TERAPII NIEWYDOLNOŚCI ODDECHOWEJ RÓŻNEGO POCHODZENIA.-2szt**

**Cena – max 60 %**

**Oferowana cena brutto oferty: 60%**

**Maksymalna liczba punktów jaką może osiągnąć oferta wynosi 60 pkt. wg następującej zasady:**

**Oferta z najniższą ceną**

**ilość pkt. za cenę oferty = ---------------------------- x 60 pkt.**

**oferta badana**

**W kryterium cena - oferta otrzyma zaokrągloną do dwóch miejsc po przecinku ilość punktów (zaokrąglenie zgodnie z zasadami matematyki).**

**Parametry techniczne – max. 20% (możliwość zdobycia max. 10 pkt. przeliczanych wg. wzoru**

 **Ilość punktów badanej oferty**

**KT= ---------------------------------------------------------------------- x 20%**

**Maksymalna ilość punktów możliwa do uzyskania w**

**ramach danego kryterium (10pkt.)**

1. Prezentacja na kolorowym minimum 15” ekranie respiratora pętli oddechowych co najmniej: ciśnienie/objętość; nie dopuszcza się ekranów kopiujących: 15” – 20”- 0 pkt.; Powyżej 20”- 5 pkt.
2. Prezentacja na kolorowym minimum 15” ekranie respiratora trendów mierzonych parametrów – co najmniej 6 dni; nie dopuszcza się ekranów kopiujących: Prezentacja trendów z 6 dni – 0 pkt.; Prezentacja trendów powyżej 6 dni – 5 pkt.

**Warunki gwarancji: Długość gwarancji na oferowane przedmiot zamówienia – min. 24 mc – 0 pkt, za każde kolejne 6 mc dodatkowe 5 pkt. (max 20 pkt przeliczanych wg. wzoru)**

 **Ilość punktów badanej oferty**

**KG= ---------------------------------------------------------------------- x 20%**

 **Maksymalna ilość punktów możliwa do uzyskania w**

**ramach danego kryterium (20pkt)**