*Załącznik nr 1*

*do Specyfikacji Warunków Zamówienia*

*nr TP-4/25*

*Załącznik nr 1*

*do umowy nr TP-4/25*

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

ZAMAWIAJĄCY zastrzega sobie prawo weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta.

1. Informacje ogólne *(wypełnia WYKONAWCA)*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | nazwa  |  |
| 2. | model i typ |  |
| 3. | producent (nazwa/siedziba) |  |
| 4. | kraj pochodzenia |  |

2) Wymagania funkcjonalne dotyczące przedmiotu zamówienia:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| lp. | opis parametrów | wymóg do spełnienia(warunek graniczny) | OFEROWANE PARAMETRY TECHNICZNE- podaje WYKONAWCA |
| **I.** | **parametry podstawowe** |  |  |
| 1 | system pozycjonowania i przenoszenia pacjentów przeznaczony dowspierania, pozycjonowania i przenoszenia pacjentów na potrzeby procedur uwzględniających obrazowanie rezonansem magentycznym MRI i tomografii komputerowej CT.System składający się z blatu transferowego, stołu transportowego, strzemion, dmuchawy z wężem powietrznym oraz mocowania uchwytu aplikatora. | tak |  |
| 2 | blat transportowy umożliwiający przemieszczenie/transport pacjenta na płaski stół tomografu komputerowego, rezonansu magnetycznego lub innej płaskiej powierzchni bez potrzeby ręcznego przenoszenia i zmiany pozycji pacjenta. | tak |  |
| 3 | blat transportowy przemieszczający się na poduszkach powietrznych; minimum 3 oddzielne poduszki powietrzne generujące siłę nośną i zapewniające stabilność podczas transferu. | tak |  |
| 4 | blat transportowy może być stosowany do obrazowania w CT oraz w rezonansie magnetycznym (MRI) 1.5T z gradientem przestrzennym pola nie większym niż 45mT/m. | tak |  |
| 5 | materiał blatu transportowego umożliwiający dezynfekcję środkami dezynfekcyjnymi. | tak |  |
| 6 | maksymalna waga pacjenta: nie mniej niż 204 kg bez użycia strzemion oraz nie mniej niż 159 kg ze strzemionami |  proszę podać i opisać parametr |  |
| 7 | szerokość blatu (bez strzemion) maksymalnie 60 cm. | proszę podać i opisać parametr |  |
| 8 | blat transportowy wyposażony w szyny akcesoryjne po obu stronach, umożliwiające montaż strzemion ginekologicznych (regulowane podpory pod nogi) oraz dodatkowych akcesoriów. | tak |  |
| 9 | strzemiona ginekologiczne z możliwością regulacji kąta odwiedzenia i pochylenia Strzemiona do stosowania w tomografii komputerowej (CT) - 1 kpl. zakres ruchu: +85 do -55 stopnia; zakres odwiedzenia: +25 do -9 stopnia; kompatybilne z posiadanym przez ZAMAWIAJĄCEGO systemem transportu ZEPHYR HDR | tak |  |
| 10 | dedykowana odczepiana dmuchawa zasilana z sieci 230V; mocowana do wózka transportowegoz zastosowaniem stacji dokującej; kompatybilna z posiadanym przez ZAMAWIAJĄCEGO systemem transportu ZEPHYR HDR | tak |  |
| 11 | demontowalny, elastyczny, rozciągliwy wąż powietrzny o długości 3m (w stanie rozciągniętym); wąż wyposażony w szybkozłączkę oraz przycisk włączania i wyłączania dmuchawy. | tak |  |
| 12 | dodatkowa płyta mocowana na końcu blatu transportowego umożliwiająca zamontowanie na niej uchwytu aplikatora/igły - 1 szt. | tak |  |
| 13 | demontowalna dedykowana płyta podpierająca nogi pacjenta; możliwość stosowania w środowisku MR - 1 szt. | tak |  |
| 14 | szybkodemontowalny pas zabezpieczający pacjenta podczas transportu mocowany do zintegrowanej szyny akcesoryjnej. Rozpinany/zapinany na rzep- 1 szt. | tak |  |
| 15 | zdejmowalne materace pod plecy i nogi pacjenta w komplecie. | tak |  |
| 16 | możliwość montażu steppera do prostaty do szyn blatu transportowego. | tak |  |
| 17 | dedykowany stół transportowy w komplecie. | tak |  |
| 18 | stół transportowy z płaskim blatem posiadający mechaniczne sterowanie oraz regulację jego wysokości od podłogi w zakresie minimum 64-86cm, blat z możliwością przesuwu poprzecznego w zakresie nie mniejszym niż 12 cm wraz z blokadą oraz możliwością pochylenia blatu do pozycji Trendelenburga i odwrotnej. | tak |  |
| 19 | stół transportowy wyposażony w centralny hamulec oraz 4 koła skrętne z dodatkowym kołem centralnym umożliwiającym łatwe manewrowanie w ciasnych pomieszczeniach; obie funkcje załączane nożnie przy użyciu pedału funkcyjnego. | tak |  |
| 20 | stół transportowy wyposażony w opuszczane barierki ochronne, stojak na kroplówkę oraz opuszczany uchwyt na butlę. | tak |  |
| **II.** | **serwis gwarancyjny** |  |  |
| 1 | przedmiot zamówienia fabrycznie nowy, wyprodukowany nie wcześniej niż w 2024 r. *(dotyczy wszystkich elementów wyposażenia)* | tak,proszę podać |  |
| 2 | okres gwarancji: minimum 24 miesiące od dnia podpisania przez strony protokołu końcowego odbioru sporządzonego przez ZAMAWIAJĄCEGO *(dotyczy wszystkich elementów wyposażenia)*  | tak,proszę podać |  |
| 3 | dostawa, montaż przedmiotu zamówienia, w miejscu wskazanym przez ZAMAWIAJĄCEGO, w cenie dostawy  | tak |  |
| 4 | szkolenie personelu medycznegow zakresie eksploatacji i obsługi oferowanego przedmiotu zamówienia, w siedzibie ZAMAWIAJĄCEGO, w pełnym zakresie, niezbędnym do prawidłowego i bezpiecznego korzystania i jego bieżącej konserwacji, potwierdzone protokołem; data i godzina szkolenia uzgodnionai zaakceptowana zostanie przez ZAMAWIAJĄCEGO | tak |  |
| 5 | instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej – dostarczane na adres aparatura@onkologia.szczecin.pl najpóźniej w dniu zawarcia umowy | tak |  |
| 6 | wykaz dostawców części zamiennychi materiałów eksploatacyjnych – dokument, o którym mowa w Ustawieo wyrobach medycznych z dnia 9 maja 2022 r., art. 90, ust. 3, do 1 dnia roboczego od dnia opublikowania ogłoszenia o wynikach postępowaniaw formie elektronicznej na adres aparatura@onkologia.szczecin.pl | tak |  |
| 7 | wykaz podmiotów obsługi serwisowej – dokument, o którym mowa w Ustawieo wyrobach medycznych z dnia 9 maja 2022 r., art. 90, ust. ust. 4, do 1 dnia roboczego od dnia opublikowania ogłoszenia o wynikach postępowania w formie elektronicznej na adres aparatura@onkologia.szczecin.pl | tak |  |
| 8 | paszport techniczny z odpowiednimi wpisami, potwierdzającymi montaż z informacją o sprawności urządzenia, dostarczony w dniu dostawy przedmiotu zamówienia  | tak |  |
| 9 | DTR w języku polskim w formie elektronicznej do 1 dnia roboczego od dnia opublikowania ogłoszeniao wynikach postępowania na adres aparatura@onkologia.szczecin.pl | tak |  |
| 10 | w okresie gwarancji, organizacja spedycji oraz koszt transportu urządzenia do i z punktu serwisowego oraz koszty dojazdu serwisanta do siedziby ZAMAWIAJĄCEGO, w celu wykonania przeglądu technicznego lub prac naprawczych urządzenia/usunięcia usterki, pokrywa WYKONAWCA  | tak |  |
| 11 | w ramach gwarancji, WYKONAWCA zobowiązuje się do wykonywania napraw wszelkich awarii urządzenia, w celu zapewnienia bezawaryjnego jego funkcjonowania ponosząc wszelkie koszty z tym związane (m.in. koszty: części fabrycznie nowych oryginalnych, wymiany części zużywalnych i nie zużywalnych, konserwacji)  | tak |  |
| 12 | przeglądy techniczne i naprawy,w okresie gwarancji wykonywanebędą zgodnie z zaleceniem producenta zawartym w dokumentacji technicznej, wraz z materiałami eksploatacyjnymi, niezbędnym transportem sprzętui wymianą części w cenie dostawy | tak |  |
| 13 | wykonanie przeglądu technicznegona dwa tygodnie przed końcem gwarancji w cenie dostawy | tak |  |
| 14 | przestrzeganie wymaganych terminów wykonywania okresowych przeglądów technicznych należy do WYKONAWCY, bez konieczności zlecania (przypominania) przez ZAMAWIAJĄCEGO | tak |  |
| 15 | WYKONAWCA powiadomi ZAMAWIAJĄCEGO z 14 dniowym wyprzedzeniem o każdym planowanym przeglądzie technicznym drogąe-mailową na adres: aparatura@onkologia.szczecin.pl  | tak |  |
| 16 | maksymalnie 48 godzinny czas reakcji serwisu określony jako rozpoczęcie czynności diagnostycznych w dni robocze od chwili powiadomieniaprzez ZAMAWIAJĄCEGO o nieprawidłowej pracy przedmiotu zamówienia | tak |  |
| 17 | maksymalny czas naprawy urządzeń,nie wymagający zastosowania części zamiennych nie może przekraczać 5 dni roboczych, a maksymalny czas naprawy urządzeń, wymagający zastosowania części zamiennych nie może przekraczać 7 dni roboczych | tak |  |
| 18 | maksymalnie 3 naprawy tego samego elementu lub podzespołu w okresie trwania gwarancji, uprawniający ZAMAWIAJĄCEGO do żądania wymianyna fabrycznie nowy elementlub podzespół | tak |  |
| 19 | brak możliwości przywrócenia sprawności technicznej urządzenia oznacza jego wymianę na urządzenie fabrycznie nowe, wolne od wad o takich samych lub lepszych parametrach technicznych, wszelkie koszty związane z wymianą pokrywa WYKONAWCA  | tak |  |
| 20 | nastąpi ponowny bieg terminu gwarancji na urządzenie medyczne w przypadku dostarczenia innego urządzenia wolnego od wadlub dokonania jego istotnych napraw, jeżeli gwarant wymienił część rzeczy, powyższy zapis stosuje się odpowiednio do części wymienionej  | tak |  |
| 21 | przedłużenie terminu gwarancji o czas, w ciągu którego wskutek wady urządzenia objętego gwarancją ZAMAWIAJĄCY nie mógł z niego korzystać – w przypadku napraw innej, niż wskazana wyżej w pkt. powyżej | tak |  |
| 22 | wszelkie czynności serwisowe wykonywane będą w siedzibie ZAMAWIAJĄCEGO | tak |  |
| 23 | 12 miesięczny okres gwarancji na wymieniane części zamienne w procesie naprawy urządzenia po upływie okresu gwarancji | tak,zgodnie z brzmieniemart. 581 § 1 Kodeksu Cywilnego |  |
| 24 | zgłoszenia awarii realizowane drogą elektroniczną na e-mail podanyprzez WYKONAWCĘ | tak, zgodnie z brzmieniemart. 581 § 2 Kodeksu Cywilnego |  |
| 25 | wystawienie protokołu serwisowego wraz z opisem wykonanych czynnościpo każdej naprawie i przeglądzieoraz wpis do paszportu technicznego | tak |  |
| 26 | gwarancja dostępności serwisu, części zamiennych przez co najmniej 10 latod daty dostawy | tak |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | *podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu WYKONAWCY* |