

Ogłoszenie o zmianie ogłoszenia
Dostawa systemu stanowisk resuscytacyjnych – zamówienie w ramach dotacji zadania pn.: Dofinansowanie zakupu sprzętu z dziedziny intensywnej terapii

SEKCJA I - ZAMAWIAJĄCY

- 1.1.) **Nazwa zamawiającego:** Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego
- 1.3.) **Krajowy Numer Identyfikacyjny:** REGON 890047446
- 1.4.) **Adres zamawiającego:**
- 1.4.1.) **Ulica:** Sokołowskiego 4
- 1.4.2.) **Miejscowość:** Wałbrzych
- 1.4.3.) **Kod pocztowy:** 58-309
- 1.4.4.) **Województwo:** dolnośląskie
- 1.4.5.) **Kraj:** Polska
- 1.4.6.) **Lokalizacja NUTS 3:** PL517 - Wałbrzyski
- 1.4.9.) **Adres poczty elektronicznej:** andrzej.nowinski@zdrowie.walbrzych.pl
- 1.4.10.) **Adres strony internetowej zamawiającego:** <https://www.zdrowie.walbrzych.pl/>
- 1.5.) **Rodzaj zamawiającego:** Zamawiający publiczny - jednostka sektora finansów publicznych - samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
- 1.6.) **Przedmiot działalności zamawiającego:** Zdrowie

SEKCJA II – INFORMACJE PODSTAWOWE

- 2.1.) **Numer ogłoszenia:** 2023/BZP 00480791
- 2.2.) **Data ogłoszenia:** 2023-11-07

SEKCJA III ZMIANA OGŁOSZENIA

- 3.2.) **Numer zmienianego ogłoszenia w BZP:** 2023/BZP 00473610
- 3.3.) **Identyfikator ostatniej wersji zmienianego ogłoszenia:** 01
- 3.4.) **Identyfikator sekcji zmienianego ogłoszenia:**
SEKCJA IV – PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA
- 3.4.1.) **Opis zmiany, w tym tekst, który należy dodać lub zmienić:**
- 4.2.2. Krótki opis przedmiotu zamówienia (Część zamówienia nr 2)

Przed zmianą:
L.P.
ASORTYMENT
SZCZEGÓŁOWY
JEDN. MIARY
ILOŚĆ

CENA NETTO
CENA BRUTTO
WARTOŚĆ NETTO
WARTOŚĆ BRUTTO
PRODUCENT I
NUMER KATALOGOWY

1. Urządzenie do kompresji klatki piersiowej. szt. 1
RAZEM :

OPIS Parametr wymagany Parametr oceniany Punktacja

1 Urządzenie przenośne przeznaczone do mechanicznej resuscytacji krążeniowo-oddechowej

TAK

2 Urządzenie wyposażone w ramię do ucisku klatki piersiowej montowane na desce pod plecy

TAK

3 Cykl pracy: 50% kompresja / 50 % dekompresja TAK

4

Głębokość i częstość kompresji zgodnie z wytycznymi ERC

Głębokość – od 5 do 6 cm

Częstość – od 102 do 120 +/- 2 uc./minutę.

TAK

5 Możliwość wykonania defibrylacji bez konieczności zdejmowania urządzenia z pacjenta

TAK

6

2 tryby pracy:

30:2

ciągły

TAK

7 Waga kompletnego urządzenia wraz z akcesoriami i torbą/ plecakiem do 13 kg

TAK

8 Zapis na dysku wewnętrznym lub karcie pamięci parametrów przeprowadzonej resuscytacji i jej przebiegu od momentu włączenia urządzenia

TAK

9 Alarmy wizualne i dźwiękowe zintegrowane z przyciskiem start/stop

TAK

10 Klasa odporności IP44 TAK

11 Ładowarka wewnątrz urządzenia TAK

12 Możliwość automatycznego doładowywania akumulatora wewnętrznego w urządzeniu podczas jego pracy (wykonywanie RKO) z zewnętrznego źródła zasilania (230 V AC lub 12 V DC)

TAK

13

Źródło zasilania:

- akumulator wewnętrzny

- zasilanie z gniazda sieci AC min. 210 - 240 V

TAK

14 Działanie urządzenia w pełni elektryczne

TAK

15

Źródła zasilania:

- akumulator

- zasilanie z gniazda sieci 230V ~AC

TAK

16 Czas pracy na akumulatorze: 45 minut

TAK

17 Czas ładowania akumulatora wewnętrznego do 120 minut.

TAK/NIE Do 100 min. – 10 pkt. Od 101 min do 120 min – 20 pkt.

18 Brak ograniczeń wagowych pacjenta do stosowania urządzenia. TAK

19 Bezprzewodowa transmisja (bluetooth, wi- fi) danych z pamięci urządzenia o parametrach prowadzonej resuscytacji i jej przebiegu w czasie do komputera.

TAK/NIE

Tak – 20 pkt.

Nie – 0 pkt.

20

Wyposażenie aparatu:

Torba lub plecak

deska pod plecy

podkładka stabilizująca pod głowę

pasy do mocowania rąk pacjenta do urządzenia

jednorazowe elementy bezpośredniego kontaktu z pacjentem przy masażu (ssawki, 2 szt.)

akumulator

TAK

21 Wspomaganie odprężenia klatki piersiowej przez ssawkę (podciśnienie podczas ruchu zwrotnego przyspiesza relaksację)

TAK

22 Gwarancja 24 miesiące. TAK

UWAGA: W tabelach należy wpisać „TAK” lub „NIE” w zależności od tego, czy proponowany sprzęt spełnia wskazany parametr. Parametry określone jako „TAK” (tylko w miejscu gdzie do wyboru jest tylko odpowiedź TAK) są parametrami granicznymi wymaganymi przez Zamawiającego, oferta nie spełniająca wymogów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Po zmianie:

L.P.

ASORTYMENT

SZCZEGÓŁOWY

JEDN. MIARY

ILOŚĆ

CENA NETTO

CENA BRUTTO

WARTOŚĆ NETTO

WARTOŚĆ BRUTTO

PRODUCENT I

NUMER KATALOGOWY

1. Urządzenie do kompresji klatki piersiowej. szt. 1

RAZEM :

OPIS Parametr wymagany Parametr oceniany Punktacja

1 Urządzenie przenośne przeznaczone do mechanicznej resuscytacji krążeniowo-oddechowej

TAK

2 Urządzenie wyposażone w ramię do ucisku klatki piersiowej montowane na desce pod plecy

TAK

3 Cykl pracy: 50% kompresja / 50 % dekompresja TAK

4

Głębokość i częstość kompresji zgodnie z wytycznymi ERC

Głębokość – od 5 do 6 cm

Częstość – od 102 do 120 +/- 2 uc./minutę.

TAK

5 Możliwość wykonania defibrylacji bez konieczności zdejmowania urządzenia z pacjenta

TAK

6

2 tryby pracy:

30:2

ciągły

TAK

7 Waga kompletnego urządzenia wraz z akcesoriami i torbą/ plecakiem do 13 kg

TAK

8 Zapis na dysku wewnętrznym lub karcie pamięci parametrów przeprowadzonej resuscytacji i jej przebiegu od momentu włączenia urządzenia

TAK

9 Alarmy wizualne i dźwiękowe zintegrowane z przyciskiem start/stop

TAK

10 Klasa odporności IP44 TAK

11 Ładowarka wewnątrz urządzenia TAK

12 Możliwość automatycznego doładowywania akumulatora wewnętrznego w urządzeniu podczas jego pracy (wykonywanie RKO) z zewnętrznego źródła zasilania (230 V AC lub 12 V DC)

TAK

13

Źródło zasilania:

- akumulator wewnętrzny

- zasilanie z gniazda sieci AC min. 210 - 240 V

TAK

14 Działanie urządzenia w pełni elektryczne

TAK

15

Źródła zasilania:

- akumulator

- zasilanie z gniazda sieci 230V ~AC

TAK

16 Czas pracy na akumulatorze: 45 minut

TAK

17 Czas ładowania akumulatora wewnętrznego do 120 minut.

TAK/NIE Do 100 min. – 20 pkt. Od 101 min do 120 min – 10 pkt.

18 Brak ograniczeń wagowych pacjenta do stosowania urządzenia. TAK

19 Bezprzewodowa transmisja (bluetooth, wi- fi) danych z pamięci urządzenia o parametrach prowadzonej resuscytacji i jej przebiegu w czasie do komputera.

TAK/NIE

Tak – 20 pkt.

Nie – 0 pkt.

20

Wyposażenie aparatu:

Torbę lub plecak

deska pod plecy

podkładka stabilizująca pod głowę

pasy do mocowania rąk pacjenta do urządzenia

jednorazowe elementy bezpośredniego kontaktu z pacjentem przy masażu (ssawki, 2 szt.)

akumulator

TAK

21 Wspomaganie odprężenia klatki piersiowej przez ssawkę (podciśnienie podczas ruchu zwrotnego przyspiesza relaksację)

TAK

22 Gwarancja 24 miesiące. TAK

UWAGA: W tabelach należy wpisać „TAK” lub „NIE” w zależności od tego, czy proponowany sprzęt spełnia wskazany parametr. Parametry określone jako „TAK” (tylko w miejscu gdzie do wyboru jest tylko odpowiedź TAK) są parametrami granicznymi wymaganymi przez Zamawiającego, oferta nie spełniająca wymogów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.