Zał. Nr 1.14 do SIWZ

|  |
| --- |
| Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia / **Oświadczenie Wykonawcy o parametrach / funkcjach posiadanych przez oferowany przedmiot zamówienia** |

Wykonawca zobowiązany jest uzupełnić wszystkie tabele o dane wymagane przez Zamawiającego!!!

**\*UWAGA:** W przypadku, gdy wykonawca nie poda pełnego katalogu wymaganych informacji złożona oferta będzie podlegać odrzuceniu na podstawie art. 89 ust. 1 pkt. 2 ustawy pzp.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Część nr 14:**  **SYSTEM OGRZEWANIA PACJENTA NA STOLE OPERACYJNYM** | | | |
| **ILOŚĆ : 3 KOMPLETY** | | | |
| **Wypełnia wykonawca:** | | | |
| TYP | MODEL | PRODUCENT | KRAJ POCHODZENIA |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Lp** | **Obligatoryjne minimalne (wymagane) parametry lub funkcje** | **j.m.** | **Ilość** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **TAK/NIE\*** | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | System do ogrzewania pacjenta na sali operacyjnej oraz pooperacyjnej, składający się z: | | | | | | 1 | - jednostka sterująca –3 szt - materac grzewczy – 3szt - koc grzewczy - 3szt |  | | TAK / NIE \* | | 2 | System działający w technologii włókien węglowych, bądź polimerów węglowych – zapewniający suche grzanie kontaktowe bez udziału wody lub powietrza. |  | | TAK / NIE \* | | 3 | jednostka sterująca z możliwością podłączenia i niezależnego sterowania dwoma elementami grzewczymi |  | | TAK / NIE \* | | 4 | Możliwość zamocowania jednostki sterującej do stojaka do kroplówek, zawieszenia na relingu lub postawienia. |  | | TAK / NIE \* | | 5 | Jednostka sterująca wyposażona w uchwyt do przenoszenia |  | | TAK / NIE \* | | 6 | Możliwość regulacji temperatury w zakresie min. 30-40˚C |  | | TAK / NIE \* | | 7 | Skok regulacji temperatury umożliwiający dokładne nastawy oraz precyzyjne sterowanie |  | | TAK / NIE \* | | 8 | Wyświetlacz ciekłokrystaliczny temperatury zaprogramowanej, aktualnej oraz temperatury ciała pacjenta (w przypadku podłączenia czujnika zewnętrznego). |  | | TAK / NIE \* | | 9 | Alarmy: odchylenia temperatury; wysokiej temperatury; rozłączenia elementu grzewczego; automatyczny wyłącznik bezpieczeństwa w przypadku przegrzania |  | | TAK / NIE \* | | 10 | Wymiary materaca: 120x 50 (±5 cm) 3 szt |  | | TAK / NIE \* | | 11 | Wymiary kocy: 190x100cm (±5 cm) 1szt |  | | TAK / NIE \* | | 12 | koc 150x80cm (±5 cm) 1 szt, |  | | TAK / NIE \* | | 13 | koc na ramiona i barki 150x45cm (±5 cm) 1 szt. |  | | TAK / NIE \* | | 14 | Moduł do pomiaru temperatury ciała pacjenta czujnikiem zewnętrznym powierzchniowym w kpl. jeden czujnik wielokrotnego użytku dla dorosłych. |  | | TAK / NIE \* | | 15 | Komunikaty alarmowe i ostrzegawcze wyświetlane w języku polskim. |  | | TAK / NIE \* | | 16 | Koc/materac przeznaczony do czyszczenia i dezynfekcji ogólnodostępnymi środkami. |  | | TAK / NIE \* | | 17 | Koc/materac ogrzewający tylko pacjenta (nie emitujący ciepło do otoczenia). |  | | TAK / NIE \* | | 18 | Koc/materac przezierny dla promieni RTG. |  | | TAK / NIE \* | | 19 | Koc/materac posiadający zgrzewane pokrycie poliuretanowe zabezpieczające przed przedostaniem się płynów. |  | | TAK / NIE \* | | 20 | Materac posiadający wbudowaną przeciwodleżynową piankę wiskoelastyczną o właściwościach równomiernie rozkładających ciężar ciała pacjenta i redukujących ucisk powierzchniowy. |  | | TAK / NIE \* | | 21 | Materac wyposażony w dodatkowy poliuretanowy pokrowiec zewnętrzny wielokrotnego użytku, przeznaczony do prania w temp. 90OC i dezynfekcji powierzchniowej. |  | | TAK / NIE \* | | 22 | Niskie napięcie zasilania materaca max 24V. |  | | TAK / NIE \* | | 23 | Zgodność elektromagnetyczna z urządzeniami do monitorowania wg normy EN60601-1-2. |  | | TAK / NIE \* | | 24 | Możliwość rozbudowy systemu o dodatkowe elementy grzewcze: koce i materace o różnych wymiarach. |  | | TAK / NIE \* | | 25 | System nie wymagający stosowania dodatkowych akcesoriów lub materiałów zużywalnych. |  | | TAK / NIE \* | |  | **POZOSTAŁE WYMAGANIA:** |  | |  | | 1 | Produkt fabrycznie nowy, nie demonstracyjny, nie powystawowy. Rok produkcji 2019 |  | | TAK / NIE \* | | 2 | Okres gwarancji : zgodnie z przedłożoną ofertą |  | | TAK / NIE \* | | 3 | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim dostarczona z chwilą oddania do eksploatacji. |  | | TAK / NIE \* | | 4 | Skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP |  | | TAK / NIE \* | | 5 | Gwarancja liczona od dnia oddania sprzętu do eksploatacji |  | | TAK / NIE \* | | 6 | Karta gwarancyjna oraz paszport techniczny dostarczone wraz z urządzeniem. |  | | TAK / NIE \* | | 7 | Oryginalne materiały techniczne producenta, potwierdzające parametry wpisane w tabeli. |  | | TAK / NIE \* | | 8 | Wyrób oznaczony znakiem CE potwierdzony deklaracją Zgodności lub Certyfikatem CE |  | | TAK / NIE \* | | 9 | Czas reakcji serwisu do 48 h (przyjazd serwisanta do Zamawiającego od momentu zgłoszenia). |  | | TAK / NIE \* | | 10 | W przypadku braku możliwości naprawy sprzętu w siedzibie Zamawiającego, oferent gwarantuje wstawienie sprzętu zastępczego. |  | | TAK / NIE \* | | 11 | Uruchomienie i szkolenie w siedzibie Zamawiającego. Szkolenie może być przeprowadzone w dniu dostawy lub w innym terminie uzgodnionym z Zamawiającym. Szkolenie rozumiane jest jako instruktaż z podstawowej obsługi i konserwacji sprzętu medycznego. |  | | TAK / NIE \* | | 12 | Dodatkowo min 1 szkolenie w terminie ustalonym z Zamawiającym, na Jego życzenie. |  | | TAK / NIE \* | | 13 | W okresie gwarancyjnym wymaga się dokonywania przeglądów okresowych i części używanych do przeglądów zgodnie z zaleceniem warunków eksploatacji producenta urządzenia bez dodatkowych opłat. Ostatni przegląd nie później niż 1 m-c przed upływem okresu gwarancyjnego. |  | | TAK / NIE \* | | 14 | Produkt posiada wszelkie dopuszczenia do obrotu na terenie RP |  | | TAK / NIE \* | |
|  |

**UWAGA 1:**

W kolumnie nr 5 tabeli Wykonawca winien zaznaczyć (skreślić) TAK lub NIE. Nie zaznaczenie żadnego z tych słów traktowane będzie jako niespełnienie danego parametru lub funkcji. NIESPEŁNIENIE CHOĆBY JEDNEGO Z PARAMATERÓW LUB FUNKCJI SPOWODUJE ODRZUCENIE OFERTY.

**UWAGA 2:**

W przypadku, gdy wykonawca oferuje rozwiązanie równoważne dla wskazanego w tabeli parametru/funkcji, należy wyraźnie zaznaczyć takie rozwiązanie oraz załączyć dokumenty uwiarygodniające zastosowanie rozwiązań równoważnych

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Miejscowość

…………………………………………….

pieczęć(cie) Wykonawcy(ów)

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

*imię, nazwisko (pieczęć) i podpis osoby*

*upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*