Załącznik nr 3-5 do SIWZ

**KALKULACJA CENOWA – ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKI GWARANCJI**

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa oferowanej aparatury medycznej |  |
| Producent |  |
| Kraj pochodzenia |  |
| Dystrybutor/oferent |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Część I – KALKULACJA CENOWA** | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jedn.**  **miary** | **Wartość netto/jedn. m.** | | **IIlość** | **Wartość netto** | **Wartość VAT** | **Wartość brutto** |
| **1** | Defibrylator przeznaczony dla dzieci. | Szt. |  | | 1 |  |  |  |
| **Część II – ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKI GWARANCJI** | | | | | | | | |
| **L.p** | **Opis parametru** | **Parametr oczekiwany** | | **Parametr oferowany** | | | **Zasady dokonywania oceny** | |
|  | **Defibrylator:** | | | | | | | |
|  | Defibrylator z zasilaniem sieciowym (230 VAC) oraz własnym akumulatorowym (ładowanie akumulatora podczas podłączenia aparatu do sieci elektrycznej 230 VAC), wskaźnik naładowania akumulatora i komunikat o rozładowaniu akumulatora, liczba defibrylacji z energią 360 J po komunikacie o rozładowaniu akumulatora >= 3,  zapewniający elektrostymulację i synchronizowaną kardiowersję; z monitorowaniem krzywej EKG, Ciężar defibrylatora z pełnym wyposażeniem =< 8 kg | Tak | |  | | |  | |
|  | Defibrylacja dwufazowa: krzywa obcięta, wykładnicza; dokładność energetyczna  +/- 1 J lub 10% wartości ustawionej do 50 omów lub zgodnie z wyjaśnieniami: +/- 1J lub +/- 5% w przypadku wstrząsów dostarczanych w każdym poziomie energii do 50 omów obciążenia;;  +/- 2 J lub 15% wartości ustawionej powyżej 50 omów; | Tak | |  | | |  | |
|  | Defibrylator oferuje co najmniej następujące tryby pracy: manualny – wybór energii defibrylacji przez użytkownika, tryb AED; auto – codzienny autotest wykonywany bez udziału użytkownika. | Tak | | opisać | | | Dodatkowe tryby pracy:  Tryb demonstracyjny – 5 pkt.  Tryb archiwum – 5 pkt.. | |
|  | Wyświetlacz LCD: o rozdzielczości co najmniej 320 x 240, przekątna >= 4,5” (cala). | Tak | | podać wartość | | | Rozdzielczość większa niż 320 x 240 – 5 pkt.  Przekątna większa niż 6,0” - 5 pkt. | |
|  | Drukarka: szerokość papieru: 50 mm, ciągłe drukowanie EKG 25 mm/s. | Tak | |  | | |  | |
|  | Elektrody: elektrostymulacja/defibrylacja/EKG typu Quick Combo, standardowe łyżki pediatryczne lub standardowe łyżki dla dorosłych z wbudowanymi łyżkami pediatrycznymi. | Tak | | podać wartość | | | Łyżki pediatryczne – 5 pkt.  Łyżki dla dorosłych z wbudowanymi łyżkami pediatrycznymi – 0 pkt. | |
|  | Tryb elektrostymulacji – ustawienia domyślne prądu; częstotliwości stymulacji na żądanie i w trybie asynchronicznym. | Tak | |  | | |  | |
|  | **Gwarancja:** | | | | | | | |
|  | Okres gwarancji oraz współpracujących urządzeń [liczba miesięcy]UWAGA – należy podać pełną liczbę miesięcy. Wartości ułamkowe będą przy ocenie zaokrąglane w dół. Zamawiający zastrzega, że okres rękojmi musi być równy okresowi gwarancji. | Min. 12 miesięcy | | podać | | | 12 miesięcy – 0 pkt.  24 miesiące – 10 pkt.  36 miesięcy – 15 pkt.  >36 miesięcy – 25 pkt. | |
|  | Gwarancja produkcji części zamiennych [liczba lat] | >= 8 | | podać | | |  | |
|  | Przedłużenie okresu gwarancji o każdy dzień trwającej naprawy. | tak | |  | | |  | |
|  | **Warunki serwisu:** | | | | | | | |
|  | Liczba przeglądów niezbędnych do realizacji w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym dla potwierdzenia bezpiecznej pracy aparatu. | Tak | | podać | | | 1 przegląd – 5 pkt. ,  2 przeglądy - 1 pkt.,  > 2 przeglądów – 0 pkt. | |
|  | Wszystkie czynności serwisowe, w tym przeglądy konserwacyjne, w okresie gwarancji – bezpłatne. | Tak | | podać | | |  | |
|  | Czas reakcji (dotyczy także reakcji zdalnej): „przyjęte zgłoszenie – podjęta naprawa” =<24 [godz.]. | Tak | | podać | | |  | |
|  | Możliwość zgłoszeń 24h/dobę, 365 dni/rok. | Tak | | podać | | |  | |
|  | Wymiana podzespołu na nowy po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy. | Tak | | podać | | |  | |
|  | Zakończenie działań serwisowych – najpóźniej w czasie nie dłuższym niż 3 dni robocze od dnia zgłoszenia awarii, a w przypadku konieczności importu części zamiennych, nie dłuższym niż 7 dni robocze od dnia zgłoszenia awarii. | Tak | | podać | | |  | |
|  | Struktura serwisowa gwarantująca realizację wymogów stawianych w niniejszej specyfikacji – wykaz serwisów i/lub serwisantów posiadających uprawnienia do obsługi serwisowej oferowanych urządzeń (należy podać dane teleadresowe, sposób kontaktu i liczbę osób serwisu własnego lub podwykonawcy posiadającego uprawnienia do tego typu działalności). | Tak | | podać | | |  | |
|  | W okresie pogwarancyjnym - możliwość korzystania z innego serwisu niż autoryzowany serwis producenta. | Tak/Nie | | Jeżeli tak – podać | | | Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. | |
|  | **Szkolenia i inne czynności:** | | | | | | | |
|  | Szkolenia dla personelu medycznego z zakresu obsługi urządzenia (do 5 osób z możliwością podziału i szkolenia w mniejszych podgrupach) w momencie jego instalacji i odbioru; | Tak | | podać | | |  | |
|  | Szkolenie dla personelu technicznego (min. 2 osoby) z zakresu diagnostyki stanu technicznego i wykonywania czynności konserwacyjnych , naprawczych i przeglądowych; | Tak | | podać | | |  | |
|  | Transport krajowy i zagraniczny wraz z ubezpieczeniem, wszelkie opłaty celne, skarbowe oraz inne opłaty pośrednie po stronie wykonawcy (dotyczy także usług gwarancyjnych) | Tak | | podać | | |  | |
|  | **Dokumenty:** | | | | | | | |
|  | Dokumenty wymagane przy dostawie: deklaracja zgodności, certyfikat CE, zgłoszenie wyrobu medycznego jeżeli klasa wyrobu na to wskazuje do Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub powiadomienie Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych o wprowadzeniu wyrobu medycznego do używania (ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych.( t.j. Dz. U. 2017, poz.211), | Tak | | podać | | |  | |
|  | W cenie urządzenia znajduje się komplet akcesoriów, okablowania itp. asortymentu niezbędnego do uruchomienia i funkcjonowania aparatu jako całości w wymaganej specyfikacją konfiguracji | Tak | | podać | | |  | |
|  | Dokumentacja (lub tzw. lista kontrolna zawierająca wykaz części i czynności) dotycząca przeglądów technicznych w języku polskim (dostarczona przy dostawie) | Tak | | podać | | |  | |
|  | Wykonawca dostarczy paszport zawierający co najmniej takie dane jak: nazwa, typ (model), producent, rok produkcji, numer seryjny (fabryczny), inne istotne informacje (np. części składowe, istotne wyposażenie, oprogramowanie), kody z aktualnie obowiązującego słownika NFZ (o ile występują) | Tak | | podać | | |  | |

**UWAGA:**

1. W kolumnie „Parametr oferowany”, proszę podać potwierdzenie spełnienia wymogu lub wartość parametru. W każdym przypadku, odpowiedź musi wskazywać również stronę w dołączonej dokumentacji wyrobu (broszury), na której potwierdzona jest odpowiedź Oferenta z kolumny „Parametr oferowany”. Zamawiający wymaga, by wszystkie wartości parametrów podawane były w jednostkach wskazanych w niniejszej specyfikacji.
2. Wykonawca gwarantuje niniejszym, że sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji 2018), nieużywany, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów. Żaden aparat ani jego część składowa, wyposażenie, etc. nie jest sprzętem rekondycjonowanym, powystawowym i nie był wykorzystywany wcześniej przez innego użytkownika.
3. Wszystkie składniki oferty są dopuszczone do obrotu i stosowania zgodnie z obowiązującymi na dzień składania oferty przepisami prawa, a w szczególności z aktualnie obowiązującą ustawą o wyrobach medycznych (dotyczy wyrobów medycznych).
4. Wykonawca składając ofertę, dostarczając urządzenie, przekazując i wystawiając fakturę powinien stosować nazewnictwo wedle nomenklatury Zamawiającego.
5. Akcesoria ujęte w niniejszej specyfikacji muszą zapewniać kompatybilność z systemem rezonansu magnetycznego.

………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………

/miejscowość, data/ /pieczęć i podpis osoby umocowanej/