

## OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (część 1 zamówienia)

### Aparat do hemofiltracji

Nazwa producenta: .....

Nazwa i typ: .....

Rok produkcji: nie wcześniej niż 2019 r.

Ilość: 1 szt.

Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.

Wykonawca gwarantuje niniejszym, że sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji: nie wcześniej niż 2019), 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, wystawowym i nie był wykorzystywany wcześniej przez innego użytkownika

Lp.	OPIS PARAMETRU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
1.	Możliwość wykonania zabiegu ciągłej żyłno – żyłnej hemofiltracji (CVVH)	Tak	
2.	Możliwość wykonania zabiegu żyłno – żyłnej hemodializy (CVVHD)	Tak	
3.	Możliwość wykonania zabiegu żyłno – żyłnej hemodiafiltracji (CVVHDF)	Tak	
4.	Możliwość wykonania zabiegu powolnej ciągłej ultrafiltracji (SCUF)	Tak	
5.	Możliwość wykonania zabiegu plazmaferezy (PF)	Tak	
6.	Możliwość wykonania zabiegu hemoperfuzji (HP)	Tak	
7.	Graficzny kolorowy podgląd istotnych stanów pracy urządzenia	Tak	
8.	Bateria, która w przypadku braku zasilania sieciowego, zapewni pracę aparatu przez co najmniej 15 min.	Tak	
9.	Regulowana ultrafiltracja 0 – 100 ml/min.	Tak	
10.	Przepływ płynu substytucyjnego od 10 – 160 ml/min.	Tak	
11.	Przepływ dializatu od 10 – 70 ml/min.	Tak	
12.	Dwa indywidualne systemy do podgrzewania płynu substytucyjnego i dializatu z możliwością wyłączenia w trakcie zabiegu	Tak	
13.	Możliwość regulacji temperatury w zakresie 35 – 39 °C	Tak	

Lp.	OPIS PARAMETRU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
14.	Regulacja przepływu pompy krwi od 10 – 500 ml/min.	<b>Tak</b>	
15.	Kasetowy system drenów umożliwiający łatwy i szybki montaż oraz wielokrotną wymianę samego hemofiltru w trakcie zabiegu, bez konieczności wymiany całej kasety	<b>Tak</b>	
16.	System bilansujący: cztery niezależne wagi do płynów dializacyjnych, substytucyjnych, osocza, ultrafiltratu, itp.	<b>Tak</b>	
17.	Dokładność ważenia – 1 g	<b>Tak</b>	
18.	Najwyższy stopień ochrony przeciwporażeniowej (CF) umożliwiający bezpieczną defibrylację pacjenta podczas zabiegu.	<b>Tak</b>	
19.	Cztery pompy umożliwiające przepływ krwi, płynu dializacyjnego, substytucyjnego, ultrafiltratu lub osocza	<b>Tak</b>	
20.	Niezależne odpowietrzanie drenów substytutu, dializatu i filtratu	<b>Tak</b>	
21.	Możliwość poboru płynu dializacyjnego z 4 worków po 5 l. jednocześnie	<b>Tak</b>	
22.	Moduł cytrynian – wapń	<b>Tak</b>	
23.	Ciągła hemodializa i hemodiafiltracja z regionalną antykoagulacją cytrynianową (CVVHD i CVVHDF CiCa)	<b>Tak</b>	
24.	Możliwość zmiany rodzaju antykoagulacji z cytrynianowej na heparynową w trakcie zabiegu bez konieczności zmiany zestawu drenów	<b>Tak</b>	
25.	Możliwość prowadzenia jednoczesnej antykoagulacji cytrynianowej i heparynowej bez dodatkowych urządzeń	<b>Tak</b>	
26.	Detektor przecieku krwi	<b>Tak</b>	
27.	Dwa niezależne detektory powietrza	<b>Tak</b>	
28.	Dwie niezależne pułapki powietrza (za i przed hemofiltrem)	<b>Tak</b>	
29.	Oprogramowanie i komunikacja w języku polskim	<b>Tak</b>	



Lp.	GWARANCJA	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZANYCH POLACH PODAĆ
1.	Okres pełnej, bez wyłączeń gwarancji dla wszystkich zaoferowanych elementów wraz z urządzeniami peryferyjnymi (jeśli dotyczy)[liczba miesięcy] UWAGA – należy podać pełną liczbę miesięcy. Zamawiający zastrzega, że okres rękojmi musi być równy okresowi gwarancji. max. okres gwarancji 5 lat.	Tak	
2.	Gwarancja dostępności części zamiennych [liczba lat] – min. 10 lat.	Tak, podać	
3.	Przedłużenie okresu gwarancji o każdy dzień, w czasie którego Zamawiający nie mógł korzystać w pełni sprawnego sprzętu.	Tak	
<b>WARUNKI SERWISU</b>			
4.	W cenie oferty Wykonawca zobowiązuje się do zapewnienia przeglądów przez okres gwarancji w ramach zaoferowanej ceny, liczonych od daty bezusterkowego protokołowego przekazania sprzętu, przy czym ostatni przegląd powinien odbyć się na miesiąc przed zakończeniem ww. okresu, przeglądy powinny się odbywać zgodnie z zaleceniami producenta, jednak nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy	Tak	
5.	Wszystkie czynności serwisowe, w tym podłączenie i uruchomienie sprzętu w miejscu wskazanym przez Zamawiającego oraz przeglądy konserwacyjne, w okresie gwarancji - w ramach wynagrodzenia umownego	Tak	
6.	Możliwość zgłoszeń 24h/dobę, 365 dni/rok	Tak	
7.	Wymiana każdego podzespołu na nowy po dwóch nieskutecznych próbach naprawy, jeżeli podzespół uległ uszkodzeniu po raz trzeci	Tak	
8.	Zakończenie działań serwisowych – do 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia awarii, a w przypadku konieczności importu części zamiennych, nie dłuższym niż 10 dni roboczych od dnia zgłoszenia awarii.	Tak	
9.	Struktura serwisowa gwarantująca realizację wymogów stawianych w niniejszej specyfikacji lub udokumentowana/uprawdopodobniona dokumentami możliwość gwarancji realizacji wymogów stawianych w niniejszej specyfikacji – należy podać 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	
<b>SZKOLENIA</b>			
10.	Szkolenie dla personelu medycznego – min. 10 osób i technicznego – min 2 osoby. Dodatkowe szkolenie dla personelu medycznego w przypadku wyrażenia takiej potrzeby przez personel medyczny – 5 osób i technicznego – 1 osoba	Tak, podać	
11.	Instrukcje obsługi w języku polskim w formie elektronicznej i drukowanej (przekazane w momencie dostawy dla każdego egzemplarza.	Tak	

Lp.	GWARANCJA	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
12.	Wykonawca w ramach dostawy sprzętu zobowiązuje się dostarczyć komplet akcesoriów, okablowania, itp. asortymentu niezbędnego do uruchomienia i funkcjonowania urządzenia,	Tak	
13.	Dokumentacja (lub tzw. lista kontrolna zawierająca wykaz części i czynności) dotycząca przeglądów technicznych w języku polskim (dostarczona przy dostawie). UWAGA – dokumentacja musi zapewnić co najmniej pełną diagnostykę urządzenia, wykonywanie drobnych napraw, regulacji, kalibracji, oraz przeglądów okresowych w standardzie wymaganym przez producenta.	Tak	
14.	Z urządzeniem wykonawca dostarczy paszporty techniczne zawierające co najmniej takie dane jak: nazwa, typ (model), producent, rok produkcji, numer seryjny (fabryczny), inne istotne informacje (itp. części składowe, istotne wyposażenie, oprogramowanie), kody z aktualnie obowiązującego słownika NFZ (o ile występują).	Tak	
15.	Instrukcja konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji dostarczona przy dostawie i wskazująca, że czynności te prawidłowo wykonane nie powodują utraty gwarancji.	Tak	
16.	Możliwość mycia i dezynfekcji aparatów w oparciu o przedstawione przez wykonawcę zalecane preparaty myjące i dezynfekujące. UWAGA – zalecane środki powinny zawierać nazwy związków chemicznych, a nie tylko nazwy handlowe preparatów.	Tak	
17.	Z uwagi na fakt, iż przedmiot umowy finansowany jest ze środków Unii Europejskiej, faktura po dostawie musi zawierać wymieniony sprzęt zgodny, co do nazwy, ze sprzętem wymienionym w opisie przedmiotu zamówienia	Tak	

UWAGI: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty. Parametry muszą być potwierdzone folderami lub kartami katalogowymi oferowanego wyrobu – zgodnie z wymaganiami wskazanymi w SIWZ.

Brak odpowiedniego wpisu przez Wykonawcę w kolumnie *Parametr oferowany* będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.