

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (część 3 zamówienia)

Respirator transportowy

Nazwa producenta:

Nazwa i typ:

Rok produkcji: nie wcześniej niż 2019 r.

Ilość: 1 sztuka

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, powystawowym i nie był wykorzystywany wcześniej przez innego użytkownika

Lp.	OPIS PARAMETRU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
	Parametry ogólne		
1	Zasilanie i sterowanie pracą respiratora wyłącznie pneumatyczne - z przenośnego lub stacjonarnego źródła tlenu o ciśnieniu w zakresie 280-600 kPa	Tak	
2	Respirator do wentylacji dorosłych, dzieci i niemowląt od 10 kg masy ciała	Tak	
3	Nawigacja przy użyciu pokręteł/lub przycisków	Tak	
4	Dopuszczalny max 5-cio calowy monitor TFT – umożliwiający natychmiastowy dostęp do niezbędnych informacji	Tak, podać	
5	Fluorescencyjny manometr ciśnienia w układzie pacjenta	Tak	
6	Tryb wentylacji: CMV/Demand, manualna, CPAP	Tak	
7	Funkcja automatycznej blokady cyklu wentylacji IPPV/ CMV przy oddechu spontanicznym pacjenta - z zapewnieniem minimalnej wentylacji minutowej	Tak	
8	Objętość oddechowa blokująca cykl wentylacji IPPV/ CMV 425 ml (przy częstotliwości oddechowej 12 odd./min.)	Tak	
9	Tryb CPAP - zintegrowany przepływomierz, zakres regulacji przepływu 0,5-35 l/min.	Tak	
10	Możliwość pracy w środowisku rezonansu magnetycznego (MRI) o indukcji 3 Tesla	Tak	
11	Zastawka ciśnieniowa bezpieczeństwa regulowana płynnie w zakresie 20 - 60 cmH2O	Tak	
12	Wentylacja 100% tlen i Air Mix	Tak	
13	Niezależna płynna regulacja objętości minutowej i częstotliwości oddechowej	Tak	
14	Objętość oddechowa przynajmniej 70ml-1500 ml	Tak	
15	Częstość oddechowa 8 - 40 oddechów/min.	Tak	
16	Zastawka PEEP regulowana w zakresie 0-20 mbar	Tak	
17	Alarmy bezpieczeństwa – optyczne i dźwiękowe: wysokiego ciśnienia wentylacji, niskiego ciśnienia,	Tak	



	wentylacji/rozłączenia, niskiego ciśnienia tlenu na przyłączy tlenowym		
18	Czas pracy baterii min. 10h	Tak	
19	Rozładowanie baterii nie wpływa na pracę respiratora oraz na działanie alarmów mechanicznych	Tak	
20	Temperatura pracy od: -10 ⁰ C do +50 ⁰ C	Tak	
21	Zestaw zawiera: przewód zasilający ze złączem AGA, jednorazowy obwód oddechowy, obwód CPAP, jednorazowy zestaw do hiperinflacji, bateria do modułu alarmów	Tak	
22	torba transportowa z kieszeniami i uchwytami do mocowania drobnego sprzętu medycznego, umożliwiająca transport zestawu w ręku, na ramieniu i na plecach, zaczepy umożliwiające zawieszenia torby na ramie łóżka/ noszy	Tak	
23	reduktor tlenowy z gniazdem AGA O2 i przepływomierzem obrotowym 0-25 l/min, ciśnienie robocze 200atm, przepływ z gniazda AGA powyżej 120l/min., manometr w osłonie zabezpieczającej przed uszkodzeniem		
24	butla tlenowa aluminiowa 2,7 l O2 z głowicą DIN 3/4, pojemność 400 l O2 przy ciśnieniu 150 atm, możliwość napełniania do 200 atm	Tak	

Lp.	GWARANCJA	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
1.	Okres pełnej, bez wyłączeń gwarancji dla wszystkich zaoferowanych elementów wraz z urządzeniami peryferyjnymi (jeśli dotyczy)[liczba miesięcy] Zamawiający zastrzega, że okres rękojmi musi być równy okresowi gwarancji. min. okres gwarancji 24 miesiące.	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. lub Sprzęt zastępczy o parametrach zbliżonych na czas naprawy	Tak	
WARUNKI SERWISU			

Lp.	GWARANCJA	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
4.	W cenie oferty Wykonawca zobowiązuje się do zapewnienia przeglądów przez okres gwarancji w ramach zaoferowanej ceny, liczonych od daty bezusterkowego protokolarnego 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	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.	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	
9.	Sprzęt/y będzie/będą pozbawione haseł, kodów, blokad serwisowych, itp., które po upływie gwarancji utrudniałyby Zamawiającemu dostęp do opcji serwisowych lub naprawę sprzętu/ów przez inny niż Wykonawca umowy podmiot, w przypadku nie korzystania przez zamawiającego z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy	Tak, podać	
SZKOLENIA			
10.	Szkolenie dla personelu medycznego – min. 10 osób i technicznego – min 2 osoby.	Tak	
11.	Instrukcje obsługi w języku polskim w formie elektronicznej i drukowanej (przekazane w momencie dostawy dla każdego egzemplarza.	Tak	
12.	Wykonawca w ramach dostawy sprzętu zobowiązuje się dostarczyć komplet akcesoriów, okablowania, itp. asortymentu niezbędnego do uruchomienia i funkcjonowania urządzenia,	Tak	
13.	Dokumentacja dotycząca przeglądów technicznych w języku polskim (dostarczona przy dostawie).	Tak	

Lp.	GWARANCJA	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
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.