

Dział Zamówień Publicznych

tel: +48 62 765 14 51, Kierownik Działu +48 62 765 13 97

Kalisz, dnia 21 września 2018 roku

**Wykonawcy biorący udział
w postępowaniu**

INFORMACJA

Dotyczy: postępowania prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego p.n. Zakup aparatury i sprzętu medycznego w celu doposażenia oddziałów szpitalnych oraz zakup aparatury i sprzętu medycznego w ramach dotacji „Doposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny Bloku Operacyjnego oraz Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii - nr sprawy 49/18.

Zamawiający zmienia Formularz Ofertowy (7) dotyczący Zadania Nr 6 **w zakresie pkt 41 – 59.**

W załączeniu do niniejszej zmiany zamawiający zamieszcza aktualny Formularz Ofertowy (7).

Dotychczasowy formularz traci ważność. Oferty należy składać na formularzu aktualnym !

Zamawiający informuje, że treść powyższych wyjaśnień stanowi zgodnie z art. 38 ust. 4 ustawy Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2017r., poz. 1579 tekst jednolity z późn. zm.) zmianę treści SIWZ i jest wiążąca dla wszystkich Wykonawców biorących udział w przedmiotowym postępowaniu.

KIEROWNIK
Działu Zamówień Publicznych
mgr Mariusz Pawlaczek

(pieczęć Wykonawcy)

FORMULARZ OFERTOWY (7)**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno – użytkowych****Zadanie Nr 6****ŁÓŻKO DO INTENSYWNEJ OPIEKI MEDYCZNEJ – 5 szt., PODNOŚNIK MOBILNY PODŁOGOWY - 1 szt.****A. Łóżko do intensywnej opieki medycznej**

Producent, miejsce produkcji:			
Nazwa, typ, model urządzenia:		Rok produkcji:	
Lp.	Wymagane parametry i warunki	Informacja (opis) Wykonawcy o zaoferowanym urządzeniu lub potwierdzenie parametrów poprzez wpisanie słowa „TAK. Zgodnie z SIWZ”	
1.	Certyfikat CE, wyrób medyczny, urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji nie starszy niż 2018		
2.	Długość całkowita łóżka bez przedłużenia leża 215 cm ± 5cm		
3.	Szerokość całkowita łóżka przy całkowicie opuszczonych barierkach 100 cm ± 2cm		
4.	Szerokość całkowita łóżka przy całkowicie podniesionych barierkach 100 cm ± 2cm		
5.	Sygnalizacja diodowa lub równoważna osiągnięcia wysokości minimalnej		
6.	Elektryczna regulacja wysokości w zakresie (bez materaca) min. 45 cm – 80 cm		
7.	Konstrukcja łóżka wykonana ze stali węglowej lakierowanej proszkowo. Leże podzielone na 4 segmenty z czego przynajmniej 3 ruchome. Segmenty zdejmowane, wypełnione sztywnymi płytami ze zmywalnego tworzywa sztucznego. (UWAGA: PARAMETR PODLEGAJĄCY OCENIE ZGODNIE Z ZAPISAMI TABELI PONIŻEJ)		
8.	Konstrukcja zapewniająca prześwit pod łóżkiem min. 20cm w każdym punkcie		
9.	Regulowane klamry obejmujące materac, zapobiegające jego przemieszczeniu, po każdej ze stron		
10.	Elektryczna regulacja segmentu oparcia pleców w stosunku do poziomu ramy leża min. 65° (UWAGA: PARAMETR PODLEGAJĄCY OCENIE ZGODNIE Z ZAPISAMI TABELI PONIŻEJ)		
11.	Elektryczna regulacja segmentu uda wraz w stosunku do poziomu ramy leża min. 28°		
12.	Regulacja segmentu podudzia w stosunku do poziomu ramy leża min. 3 do -20°		
13.	Autoregresja segmentu oparcia		
14.	Segment oparcia przezierny dla promieni RTG		
15.	Uchwyt mocujący na kasetę z dostępem z obu stron łóżka lub pod segmentem oparcia pleców		

(pieczęć Wykonawcy)

FORMULARZ OFERTOWY (7) – ciąg dalszy

16.	Elektryczna regulacja pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga. Pozycje dostępne po naciśnięciu jednego przycisku.	
17.	Zakres regulacji pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga min. 17°	
18.	Elektrycznie regulowana pozycja krzesła kardiologicznego. Pozycja uzyskiwana za pomocą jednego przycisku.	
19.	Elektrycznie regulowana pozycja ułatwiająca repozycjonowanie pacjenta do pozycji Trendelenburga. Pozycja uzyskiwana za pomocą jednego przycisku.	
20.	Elektrycznie regulowana pozycja horyzontalna – pozioma. Pozycja uzyskiwana za pomocą jednego przycisku.	
21.	Regulacje wszystkich elektrycznych funkcji łóżka dostępne obustronnie z paneli wbudowanych w barierki boczne od strony zewnętrznej oraz z centralnego panelu sterowania dla z możliwością zawieszenia na szczycie łóżka, z funkcjami selektywnej blokady. Wszystkie przyciski membranowe, wodoodporne.	
22.	Wbudowana bateria zasilająca	
23.	Alarm niezaciągniętego hamulca	
24.	4 pojedyncze antystatyczne kółka o średnicy min. 150 mm	
25.	Centralna blokada wszystkich kół jednocześnie uruchamiana jedną dźwignią zlokalizowaną pod szczytem łóżka od strony nóg pacjenta.	
26.	Manualna funkcja CPR, oznaczona wyraźnym kolorem, umożliwiająca natychmiastowe opuszczenie segmentu oparcia, dostępna z obu stron łóżka, niezależnie od pozycji barier	
27.	Elektryczna funkcja CPR obsługiwana za pomocą jednego przycisku w wyróżniającym się kolorze	
28.	Barierki boczne podwójne, dzielone, poruszające się wraz z segmentami leża, zgodne z normą dla łóżek szpitalnych (norma EN 60601-2-52), zapewniające ochronę pacjenta przed zakleszczeniem	
29.	Barierki wyposażone w wizualne wskaźniki kąta nachylenia segmentu oparcia z zaznaczeniem kąta min. 30° i 45° oraz kąta nachylenia ramy łóżka dla terapii ułożeniowej. Wskaźniki widoczne niezależnie od pozycji barier	
30.	Konstrukcja barier bocznych umożliwiająca ich opuszczanie przy użyciu jednej ręki oraz zablokowanie na min. 2 różnych wysokościach. Barierki służą jako podparcie podczas wychodzenia pacjenta z łóżka.	
31.	Zewnętrzne wykończenie barier bocznych oraz zdejmowanych szczytów łóżka wykonane z tworzywa sztucznego, bez widocznych elementów metalowych	
32.	Łóżko wyposażone w system pomiaru masy ciała pacjenta w celu monitorowania, diagnozowania i leczenia certyfikowany przez jednostkę notyfikowaną potwierdzającą spełnianie wymagań Dyrektywy 2009/23/EC obowiązującej we wszystkich krajach członkowskich	
33.	Dokładność wagi min. 100 g	

/ miejscowość, data/ /podpis, pieczęć-osób upoważnionych/

ciąg dalszy formularza na następnej stronie

(pieczęć Wykonawcy)

FORMULARZ OFERTOWY (7) – ciąg dalszy

34.	Waga wyposażona w system autokompensacji masy przedmiotów dodawanych i odejmowanych na leże w trakcie pobytu pacjenta na łóżku tak, by wyświetlana waga pacjenta pozostała bez zmian.	
35.	Uchwyty na akcesoria (8 haków) po obu stronach łóżka.	
36.	Odbojniki w 4 narożnikach łóżka.	
37.	6 uchwytów na pasy do unieruchomienia pacjenta.	
38.	4 gniazda na statywy infuzyjne.	
39.	Dopuszczalne bezpieczne obciążenie robocze min. 250 kg	
40.	Zasilanie elektryczne 230V, 50Hz	
Materac		
41.	Materac składający się z minimum 20 poprzecznych komór oraz dwóch komór wzdłużnych dla stabilizacji materaca. Komory wzdłużne zlokalizowane po bokach, na całej długości materaca. Pod komorami powietrznymi piankowy wkład wewnątrz pokrowca.	
42.	Bezpieczne obciążenie robocze min 160 kg	
43.	Materac wyposażony w centralną pompę zasilającą zawieszoną na ramie łóżka z możliwością ustawienia na podłodze, zaopatrzony w min.: – wskaźniki sygnalizujące pracę materaca – przycisk deaktywowania akustycznych alarmów materaca, – przycisk bezpieczeństwa aktywujący możliwość wykonywania regulacji funkcji pompy – świadomego wyboru wybieranych funkcji, – wskaźnik CPR, – min 3 aktywne przewody powietrzne, podłączane do komór materaca, każdy z przewodów tłoczący powietrze do komór, przewody w pokrowcu. Przewody łączone z pompą za pomocą szybkozłączki	
44.	Min. trzy tryby pracy materaca: – Tryb symulacyjny polegający na włączeniu stałego niskiego ciśnienia w komorach materaca, symulacja materaca pasywnego w celu sprawdzenia stanu pacjenta, – Tryb statyczny polegający na maksymalnym napełnieniu komór oraz wyłączeniu trybu zmiennociśnieniowego na czas pielęgnacji pacjenta. – Tryb zmiennociśnieniowy	
45.	Mechaniczna Funkcja CPR - Możliwość natychmiastowego ręcznego spuszczenia powietrza (np. w celu resuscytacji) Funkcja CPR realizowana za pomocą szybko złączki łączącej materac z pompą. Nie dopuszcza się dodatkowych zaworów CPR	

/ miejscowość, data/ /podpis, pieczętki-osób upoważnionych/

ciąg dalszy formularza na następnej stronie

(pieczęć Wykonawcy)

FORMULARZ OFERTOWY (7) – ciąg dalszy

46.	Akustyczny alarm spadku ciśnienia oraz odłączenia pompy od zasilania elektrycznego	
47.	Funkcja zmiany ciśnienia w komorach w zależności od wagi pacjenta	
48.	Tryb statyczny wyposażony w system bezpieczeństwa – przełączania się automatycznie po określonym czasie w tryb zmiennociśnieniowy – rozwiązania chroniące przed nieumyślnym pozostawieniem pacjenta na materacu w trybie statycznym	
49.	Wysokość materaca 17cm (±2cm)	
50.	Wymiary materaca: 200cm x 86cm (±5cm)	
51.	Materac kładziony bezpośrednio na ramę łóżka nie wymagający dodatkowego podkładu w formie standardowego materaca piankowego	
52.	Materac pokryty w półprzepuszczalnym pokrowcu przepuszczającym parę wodną i powietrze, a zatrzymującym ciecze. Wewnętrzna powłoka pokrowca koloru białego.	
53.	Przewody powietrzne, łączące materac z pompą zabezpieczone pokrowcem.	
54.	Materac połączony z pompą szybko złączką wyposażoną w jeden przycisk blokowania/odblokowania	
55.	Pompa wyposażona w mechaniczny filtr powietrza	
56.	Możliwość mycia i dezynfekcji. Zamek materaca chroniony przed łatwym zanieczyszczeniem. Nie dopuszcza się rozwiązań nie zakrytego zamka.	
57.	Zamek odpinany dookoła materaca (360°)	
58.	Możliwość odpięcia tylko górnej części pokrowca.	
59.	Maksymalna waga materaca wraz z pompą do 12 kg. Masa zapewniająca łatwą obsługę personelowi medycznemu. Nie dopuszcza się rozwiązań narażających personel na dodatkowy wysiłek fizyczny	
Warunki gwarancji		
60.	Okres gwarancji, liczony od daty podpisania ostatecznego protokołu odbioru urządzenia: min. 24 m-cy	
61.	Oferowany okres gwarancji, liczony od daty podpisania ostatecznego protokołu odbioru urządzenia.	
62.	Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski.	
63.	Liczba napraw gwarancyjnych uprawniających do wymiany podzespołu na nowe – max. 3 naprawy tego samego podzespołu (z wyjątkiem uszkodzeń z winy użytkownika).	
64.	Czas reakcji serwisu „przyjęte zgłoszenie – podjęta naprawa” – max. 48 godzin w dni robocze od zgłoszenia awarii mailem na adres podany w umowie.	
65.	Czas naprawy – max. 5 dni roboczych od podjęcia naprawy.	

/ miejscowość, data/ /podpis, pieczęć-osób upoważnionych/

ciąg dalszy formularza na następnej stronie

(pieczęć Wykonawcy)

FORMULARZ OFERTOWY (7) – ciąg dalszy

Warunki gwarancji		
66.	W przypadku, gdy czas naprawy przekroczy 5 dni roboczych Wykonawca dostarczy urządzenie zastępcze.	
67.	Przerwa w eksploatacji aparatu łącznie z naprawą gwarancyjną wynosząca więcej niż 4 dni przedłużająca okres gwarancji o tę przerwę.	
68.	Przeglądy techniczne wymagane lub zalecane przez producenta w okresie gwarancji wykonane będą na koszt Wykonawcy. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji.	
69.	Szkolenie z obsługi aparatu dla personelu wskazanego przez zamawiającego na żądanie wg jego potrzeb (w ramach umowy) min. 6 osób	
70.	Min. 10-cio letni okres zagwarantowania dostępności części zamiennych od daty upływu terminu gwarancji	

Instrukcja wypełniania:

Wykonawca winien uzupełnić powyższy załącznik poprzez podanie informacji (opisu) o zaoferowanym urządzeniu lub potwierdzenie parametrów podanych przez zamawiającego i wpisanie „TAK. Zgodnie z SIWZ”. Wykonawca winien również podać producenta, miejsce produkcji, nazwę, typ, model zaoferowanego urządzenia oraz jego rok produkcji.

B. Parametry podlegające ocenie – łóżko do intensywnej opieki medycznej

L.p.	Nazwa parametru	Parametr	OŚWIADCZYĆ POPRZECZ WPISANIE ZNAKU „X” W ODPOWIEDNIM WERSZU DLA KAŻDEJ Z POZYCJI
1	Konstrukcja łóżka	Oparta na systemie kolumnowym lub równoważny – 0 pkt	
		oparta na ramionach wznoszących w systemie trapezowym – 1 pkt	
2	Elektryczna regulacja segmentu oparcia pleców wraz z inteligentnym autokonturem	NIE – 0 pkt	
		TAK – 1 pkt	
3	Łóżko wyposażone w graficzny interfejs użytkownika -dotykowy, kolorowy ekran LCD zlokalizowany po jednej stronie łóżka na barierce bocznej służący do obsługi min. alarmów, wagi i zmiany ustawień łóżka	NIE – 0 pkt	
		TAK – 1 pkt	

ciąg dalszy formularza na następnej stronie

/ miejscowość, data/ /podpis, pieczęćki-osób upoważnionych/

(pieczęć Wykonawcy)

FORMULARZ OFERTOWY (7) – ciąg dalszy**C. Podnośnik mobilny odłogowy**

Producent, miejsce produkcji:			
Nazwa, typ, model urządzenia:		Rok produkcji:	
Lp.	Wymagane parametry i warunki	Informacja (opis) Wykonawcy o zaoferowanym urządzeniu lub potwierdzenie parametrów poprzez wpisanie słowa „TAK. Zgodnie z SIWZ”	
1.	Certyfikat CE, wyrób medyczny, urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji nie starszy niż 2018		
2.	Podnośnik wykonany z lekkiego materiału – aluminium		
3.	Zasilanie 230V, 50Hz		
4.	Udźwig min. 200 kg		
5.	Elektryczne podnoszenie/opuszczanie ramienia		
6.	Prędkość podnoszenia bez obciążenia min. 2,5 cm/s		
7.	Elektryczna regulacja szerokości podstawy		
8.	Sterownik ręczny do obsługi funkcji podnośnika – pilot		
9.	Uchwyt do przemieszczania podnośnika i manewrowania urządzeniem przez użytkownika		
10.	Hamulec blokujący min. w tylnych kołach		
11.	Wysokość podnoszenia uchwytu dla pacjenta – min. 200 cm		
12.	Wysokość opuszczania uchwytu dla pacjenta – minimum 60 cm (lub mniej)		
13.	Wysokość podstawy max. 12 cm		
14.	Awaryjna blokada funkcji elektrycznych		
15.	Wyłącznik automatyczny		
16.	Wbudowany akumulator		
17.	Wbudowana automatyczna ładowarka baterii		
18.	Maksymalny czas naładowania baterii max. 5 godzin		
19.	Akcesoria: - uchwyt nośny do podnoszenia w pozycji leżącej (horyzontalnej) z regulacją poziomu uchwytu - nosidło do podnoszenia w pozycji horyzontalnej - uchwyt nośny do podnoszenia w pozycji siedzącej w rozmiarze do Wyboru Zamawiającego (min. 200 kg) - pilot.		
20.	Możliwość prania nosideł w temperaturze 60°C.		

/ miejscowość, data/ /podpis, pieczęć-osób upoważnionych/

ciąg dalszy formularza na następnej stronie

(pieczęć Wykonawcy)

FORMULARZ OFERTOWY (7) – ciąg dalszy

Warunki gwarancji	
21.	Okres gwarancji, liczony od daty podpisania ostatecznego protokołu odbioru urządzenia: min. 24 m-cy
22.	Oferowany okres gwarancji, liczony od daty podpisania ostatecznego protokołu odbioru podnośnika.
23.	Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski.
24.	Liczba napraw gwarancyjnych uprawniających do wymiany podzespołu na nowe – max. 3 naprawy tego samego podzespołu (z wyjątkiem uszkodzeń z winy użytkownika).
25.	Czas reakcji serwisu „przyjęte zgłoszenie – podjęta naprawa” – max. 48 godzin w dni robocze od zgłoszenia awarii mailem na adres podany w umowie.
26.	Czas naprawy – max. 5 dni roboczych od podjęcia naprawy.
27.	W przypadku, gdy czas naprawy przekroczy 5 dni roboczych Wykonawca dostarczy urządzenie zastępcze.
28.	Przerwa w eksploatacji aparatu łącznie z naprawą gwarancyjną wynosząca więcej niż 4 dni przedłużająca okres gwarancji o tę przerwę.
29.	Przeglądy techniczne wymagane lub zalecane przez producenta w okresie gwarancji wykonane będą na koszt Wykonawcy. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji.
30.	Szkolenie z obsługi aparatu dla personelu wskazanego przez zamawiającego na żądanie wg jego potrzeb (w ramach umowy) min. 6 osób
31.	Min. 10-cio letni okres zagwarantowania dostępności części zamiennych od daty upływu terminu gwarancji

Instrukcja wypełniania:

Wykonawca winien uzupełnić powyższy załącznik poprzez podanie informacji (opisu) o zaoferowanym urządzeniu lub potwierdzenie parametrów podanych przez zamawiającego i wpisanie „TAK. Zgodnie z SIWZ”. Wykonawca winien również podać producenta, miejsce produkcji, nazwę, typ, model zaoferowanego urządzenia oraz jego rok produkcji.

.....
/ miejscowość, data/ /podpis, pieczętki-osób upoważnionych/