DZP/381/78B/2017

Załącznik nr 1

WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNO-UŻYTKOWE

INKUBATORA

Producent: .................................................. Nazwa i typ: .......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis parametru, funkcji | Wartość wymagana | Wartość oferowana |
| I | **PARAMETRY OGÓLNE** | | |
|  | Inkubator stacjonarny na ruchomej podstawie przeznaczony do intensywnej opieki nad noworodkiem w 2 trybach: zamkniętym i otwartym | TAK |  |
|  | Zasilanie AC 230V ±10%, 50 Hz | TAK |  |
|  | Pobór mocy max. 600 W | TAK |  |
|  | Kółka jezdne wyposażone w hamulec - minimum 2 | TAK |  |
|  | Zewnętrzny, dotykowy wyświetlacz kolorowy LCD o przekątnej min. 8 cali, z możliwością regulacji wysokości oraz kąta odchylenia (regulacja wielopłaszczyznowa) umożliwiającą obserwację i obsługę ekranu z lewej i prawej strony inkubatora. | TAK |  |
| II | **KOPUŁA INKUBATORA** | | |
| 1. | Konstrukcja kopuły dwuścienna | TAK |  |
| 2. | Czasza kopuły inkubatora podnoszona elektrycznie z funkcją reagowania na przeszkody. | TAK |  |
| 3. | Trzy ścianki inkubatora uchylne o180 stopni do pozycji w pełni otwartej w celu dobrego dostępu do noworodka przy pracy w trybie otwartym. Otwieranie ścianek powoli i bezszmerowo, mechanizm otwierania wyposażony w specjalny tłumik zabezpieczający przed nagłym opadaniem ścianki. | TAK |  |
| 4. | Materacyk otoczony wewnętrznymi, demontowalnymi ściankami zabezpieczającymi pacjenta przed wypadnięciem z inkubatora w trybie otwartym | TAK |  |
| 5. | Zespół grzewczy dla trybu otwartego inkubatora niezintegrowany z kopułą | TAK |  |
| 6. | Elektrostatyczny filtr powietrza z funkcją wyświetlania informacji o konieczności jego wymiany . | TAK |  |
| 7. | Podwójne zabezpieczenie przedniej ścianki przed przypadkowym otwarciem . | TAK |  |
| 8. | Otwory pielęgnacyjne z trzech stron kopuły wyposażone w drzwiczki z cichym zamknięciem, otwierane łokciem | TAK |  |
| 9. | Uszczelnione otwory na rury, przewody monitorowania, cewniki, umożliwiające wyjęcie dziecka z inkubatora bez odłączania - min 7 sztuk. | TAK |  |
| 10. | Szuflada do wprowadzenia kasety rtg pod materacyk, wyjmowana bez konieczności otwierania ścianki bocznej | TAK |  |
| 11. | Płynna regulacja kąta nachylenia materacyka min ±13º | TAK |  |
| 12. | Pokrętła regulacji kąta nachylenia materacyka dostępne z obu stron kopuły inkubatora, bez konieczności otwierania ścianki bocznej inkubatora | TAK |  |
| 13. | Dwustrumieniowy system cyrkulacji powietrza pod kopułą | TAK |  |
| 14. | Skuteczna kurtyna ciepłego powietrza zapobiegająca wychłodzeniu wnętrza uruchamiana w pełni automatycznie po otwarciu ścianki przedniej kopuły. | TAK |  |
| 15. | Poziom głośności wewnątrz kopuły w decybelach w czasie pracy inkubatora z włączonym nawilżaniem i podażą tlenu ≤ 44 dB | TAK |  |
| III | **REGULACJA NAWILŻANIA** | | |
| 1. | Inkubator jest wyposażony w układ automatycznej regulacji nawilżania (servo) | TAK |  |
| 2. | Zakres regulacji nawilżania (podać w % przy założeniu wilgotności otoczenia 50%) do 90% ustawiany z rozdzielczością 1% | TAK |  |
| 3. | Cyfrowy wyświetlacz wartości wilgotności względnej w % | TAK |  |
| 4. | Zbiornik na wodę umieszczony jest poza przedziałem pacjenta | TAK |  |
| 5. | Wszystkie elementy nawilżacza wyjmowane bez użycia narzędzi w celu dezynfekcji. | TAK |  |
| IV | **REGULACJA TEMPERATURY** | | |
| 1. | Ręczna regulacja temperatury powietrza pod kopułą w zakresie:24 -37 stopni C w trybie inkubatora zamkniętego. | TAK |  |
| 2. | Automatyczna regulacja temperatury (servo) w oparciu o pomiary temperatury skóry noworodka w zakresie 34.5–37,0°C w trybie inkubatora zamkniętego. | TAK |  |
| 3. | Układ regulacji temperatury skóry w trybie otwartym w zakresie min. 34-37 stopni C metoda servo regulacji | TAK |  |
| IV | **TLENOTERAPIA** | TAK |  |
| 1. | Układ automatycznej regulacji stężenia tlenu (servo) pod kopułą. Układ ogranicza stężenie tlenu pod kopułą do max. 65% | TAK |  |
| 2. | Oxymetr do pomiaru stężenia tlenu pod kopułą z układami alarmów zintegrowany z inkubatorem (wbudowany). | TAK |  |
| V | **MONITOROWANIE** | TAK |  |
| 1. | Inkubator wyposażony jest w układ monitorowania parametrów ( wyświetlacz cyfrowy):  -Temperatura na skórze noworodka w zakresie min. 30-41°C  -Temperatura w powietrzu pod kopułą inkubatora w zakresie min 20-41°C  -Temperatura dziecka w dwóch punktach ciała. | TAK |  |
| 2. | Jednoczesne cyfrowe wyświetlanie temperatury nastawionej i rzeczywistej (zmierzonej). | TAK |  |
| 3. | Monitorowanie wilgotności względnej w % | TAK |  |
| 4. | Monitorowanie stężenia tlenu w % | TAK |  |
| 5. | Czujniki pomiarowe zintegrowane w jednej głowicy | TAK |  |
| 6. | Funkcja wyświetlania i zapisywania trendów, bez konieczności podłączania zewnętrznych monitorów pacjenta:  - temperatury z obu czujników,  - wilgotności,  - stężenia tlenu,  - moc grzałki. | TAK |  |
| VI | **ALARMY** | | |
| 1. | Inkubator posiada alarmy akustyczno-optyczne. | TAK |  |
| 2. | Przekroczenie lub spadek nastawionej temperatury w powietrzu pod kopułą inkubatora | TAK |  |
| 3. | Przekroczenie lub spadek nastawionej temperatury na skórze w układzie regulacji automatycznej (servo) | TAK |  |
| 4. | Przekroczenia maksymalnej dopuszczalnej temperatury | TAK |  |
| 5. | Zakłócenia w przepływie wewnętrznym powietrza | TAK |  |
| 6. | Uszkodzenia lub brak czujników temperatury. | TAK |  |
| 7. | Zaniku napięcia zasilającego | TAK |  |
| 8. | Stężenia tlenu | TAK |  |
| 9. | Brak lub niski poziom wody w nawilżaczu |  |  |
| 10. | Zabezpieczenie przed niekontrolowanym wzrostem temperatury poza obszar nastaw przez automatycznie odłączenie grzałki | TAK |  |
| VII | **TESTY I POZOSTAŁE PARAMETRY** | | |
| 1. | Automatyczny test sprawdzający inkubatora po włączeniu do sieci | TAK |  |
| 2. | Pamięć nastawionych parametrów, które ustawiają się automatycznie po ponownym włączeniu zasilania | TAK |  |
| VIII | **Eksploatacja** | | |
| 1. | Ścianki wewnętrzne kopuły wyjmowane do mycia i dezynfekcji | TAK |  |
| 2. | Wszystkie elementy łączące ze szczególnym uwzględnieniem nawilżacza i głowicy pomiarowej można w łatwy sposób (bez użycia narzędzi) wyjąć z inkubatora w celu mycia i dezynfekcji. | TAK |  |
| IX | **Wyposażenie** | | |
|  | Filtr wejściowy powietrza pobieranego z otoczenia - 2 sztuki | TAK |  |
|  | Czujnik temperatury skóry do układu regulacji - 1 sztuka | TAK |  |
|  | Czujnik temperatury do układu pomiarowego - 1 sztuka | TAK |  |
|  | Wąż do tlenu z końcówką dopasowaną do instalacji szpitalnej | TAK |  |
|  | Pokrowce bawełniane na materacyk - 2 sztuki | TAK |  |
|  | Zestaw akcesorii do pozycjonowania noworodka - 3 kpl.sztuki | TAK |  |
|  | Przylepce do mocowania czujnika temperatury - 8 sztuk | TAK |  |
|  | Inkubator ma wbudowany zegar Apgar z możliwością wyboru przez użytkownika zakresów czasu oceny oraz zegar CPR | TAK |  |
|  | Szuflada na drobne akcesoria – 1 szt. | TAK |  |
|  | Wbudowany w aparat pulsoksymetr w technologii Nellcor | TAK |  |
|  | Zintegrowaną z leżem noworodka waga: zakres ważenia  300-7000 g | TAK |  |
| X | **LAMPA DO FOTOTERAPII Z PROMIENNIKIEM DIODOWYM LED I OŚWIETLENIEM OGÓLNYM** | TAK |  |
| 1. | Lampa mocowana do ramienia inkubatora | TAK |  |
| 2. | Zasilanie elektryczne | TAK |  |
| 3. | Maksimum promieniowania w zakresie 450 - 480 nm | TAK |  |
| 4. | Natężenie promieniowania w odległości 30 cm - min 40 μW/cm2nm | TAK |  |
| 5. | Efektywne pole naświetlania min. 20 x 30 cm | TAK |  |
| 6. | Wbudowany licznik aktualnego czasu naświetlania, całkowitej ilości przepracowanych godzin | TAK |  |
| 7. | Waga lampy max. 1 kg | TAK |  |
| 8. | Żywotność diod minimum 60.000 godzin | TAK |  |
| IV | **INNE** | | |
| 1. | Okres gwarancji minimum 24 miesiące | TAK, podać |  |
| 2. | Naprawy w okresie gwarancji - do 5 dni roboczych lub obowiązek dostarczenia aparatu zastępczego. | TAK |  |
| 3. | W okresie gwarancji 3 naprawy tego samego podzespołu spowodują wymianę aparatu na nowy | TAK |  |
| 4. | W okresie gwarancji Wykonawca przeprowadzi bezpłatne przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z bezpłatną wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do wykonania przeglądu; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | TAK |  |
| 5. | Szkolenie użytkowników ( personel medyczny i techniczny) potwierdzone certyfikatem | TAK |  |
| 6. | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych min. 10 lat | TAK |  |
| 7. | Drukowana instrukcja w języku polskim (2 szt.), oraz instrukcja w formie elektronicznej w języku polskim | TAK |  |
| 8. | Aparat fabrycznie nowy – rok produkcji 2017 | TAK |  |

DZP/381/78B/2017

Załącznik nr 2

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

pieczęć firmowa wykonawcy

**OFERTA**

**DLA UNIWERSYTECKIEGO CENTRUM KLINICZNEGO im. prof. K. Gibińskiego**

**ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W KATOWICACH**

Nazwa wykonawcy ..............................................................................................

Siedziba: ...........................................................................................................

REGON ......................................... NIP .............................................................

Tel. .............................................. fax .............................................................

Internet ................................................ e-mail .....................................................

W nawiązaniu do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym na **dostawę inkubatora**

oferuję wykonanie całości zamówienia

za cenę netto ......................................................... zł

podatek VAT ...............% tj. ................................... zł

Cena ofertowa z podatkiem VAT: ..........................................................................zł

(słownie:............................................................................................................zł)

na warunkach określonych w specyfikacji istotnych warunków zamówienia

Oferowany okres gwarancji ………... miesięcy **(proszę wpisać jedną z możliwości przewidzianych w pkt. XI.3 SIWZ; brak wpisu spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej z SIWZ)**

**Termin wykonania zamówienia**: nie dłużej niż 42 dni

**Termin płatności:** 30 dni od dnia dostarczenia Zamawiającemu faktury.

Oświadczam, że:

1. w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia;
2. zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia oraz wzorem umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte;
3. uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres 30 dni licząc od dnia otwarcia ofert (włącznie z tym dniem);
4. obsługa serwisowa gwarancyjna będzie prowadzona przez autoryzowany serwis techniczny ............................................................................................................................... z siedzibą ................................................................................................................................
5. następujące części zamówienia zamierzam powierzyć podwykonawcom: (jeżeli jest to wiadome, należy podać również dane proponowanych podwykonawców):

1) .........................................................................................................................................

2) ..........................................................................................................................................

1. wskazuję zgodnie z § 10 Rozporządzenia Ministra Rozwoju z 26 lipca 2016 roku w sprawie rodzajów dokumentów jakich może żądać zamawiający (…) następujące oświadczenia lub dokumenty, które znajdują się w posiadaniu zamawiającego lub są dostępne pod poniższymi adresami internetowymi ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych:

1) .........................................................................................................................................

2) ..........................................................................................................................................

1. Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:

1) .........................................................................................................................................

2) ..........................................................................................................................................

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

podpis i pieczęć osoby uprawnionej/osób

uprawnionych do reprezentowania wykonawcy