**Załącznik nr 5 do SWZ**

**Znak sprawy: DZP.271.64.2024**

#### FORMULARZ OFEROWANEGO SPRZĘTU

#### Lampa do fototerapii – 1 szt.

### Kod CPV: 33100000 Urządzenia medyczne

**Wykonawca:**

…………………………………………

…………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności  
 od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………

*(imię ,nazwisko, stanowisko/podstawa  
do reprezentacji)*

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa **lampy do fototerapii – 1 szt**. zwanej dalej „Urządzeniem", dla potrzeb Beskidzkiego Centrum Onkologii – Szpitala Miejskiego im. Jana Pawła II w Bielsku – Białej, Oddział Noworodkowy w Szpitalu przy ul. Wyspiańskiego 21.
2. Wymogi medyczne i warunki techniczne przedmiotu zamówienia Zamawiający podał poniżej   
   w niniejszym załączniku do SWZ.
3. Przedmiot zamówienia obejmuje w szczególności:
4. Dostawę, szkolenie i montaż urządzeń w miejscu dostawy.
5. Udzielenie gwarancji, jakości dla nowych Urządzeń na okres nie krótszy niż 2 lata (**24 miesiące**) oraz rękojmi za wady na okres równy okresowi udzielonej gwarancji.
6. Zapewnienie w cenie oferty serwisu i obowiązkowych przeglądów przez cały okres gwarancji i rękojmi dla urządzenia, wykonywanych zgodnie z zaleceniami producenta i wymogami przepisów prawnych , ale nie rzadziej niż raz do roku , potwierdzonymi wpisem do paszportu technicznego urządzenia.
7. Dostarczenie instrukcji obsługi (w języku polskim) oraz przeprowadzenie szkolenia (w języku polskim) minimum 3 pracowników użytkownika w zakresie obsługi i eksploatacji dostarczonych urządzeń w miejscu dostawy.
8. Dostawa przedmiotu zamówienia będzie się odbywać na koszt i ryzyko Wykonawcy.
9. Sprzęt należy dostarczyć, zmontować i uruchomić w terminie wymaganym: **do 4 tygodni od podpisania Umowy.**
10. Wykonawca zobowiązany jest do bezwzględnego uzgodnienia z Zamawiającym terminu dostawy Urządzeń.
11. Oferowany Sprzęt musi być oznakowany znakiem CE i posiadać ważną deklarację zgodności CE.
12. Sprzęt wymagany fabrycznie nowy. Rok produkcji nie wcześniej niż 2024. Nie dopuszcza się egzemplarzy powystawowych, rekondycjonowanych , po demonstracyjnych , itp.
13. Nazwa producenta:

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

1. Nazwa i typ/model Sprzętu: ………………………………………………………………………………..
2. Kraj pochodzenia: …………………………………………………………………………………..
3. Rok produkcji: ……………………………

**UWAGA!**

Wykonawca zobowiązany jest wypełnić wszystkie wiersze w kolumnie „Parametr oferowany”, przy czym:

1. W przypadku, gdy Zamawiający wymaga podania parametru w formie wartości liczbowej, Wykonawca winien podać wartość cyfrowo;
2. W przypadku, gdy Zamawiający wymaga podania parametru w formie wartości słownej, Wykonawca winien podać wartość słownie, wpisując odpowiednie sformułowanie lub opis;
3. W przypadku, gdy Zamawiający wymaga określenia czy urządzenie posiada  
   lub nie posada danego parametru, Wykonawca winien wpisać odpowiednio  
   TAK lub NIE;

Oferta Wykonawcy, który nie wpisze żadnej wartości odpowiednio liczbowej/słownej/sformułowania TAK lub NIE, w obrębie poszczególnych parametrów, wpisze wartość parametru powyżej maksimum lub poniżej minimum (w zależności od parametru) określonego przez Zamawiającego lub wpisze, że urządzenie nie posiada parametru, w przypadku, gdy będzie on obligatoryjny, zostanie odrzucona na podstawie art. 89 ust. 1 pkt. 2 *ustawy Pzp* jako oferta, której treść nie odpowiada treści Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **OPIS PARAMETRU / WARUNKU** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany/ podać** | **Parametr**  **oceniany** |
| 1. **Parametry :** | | | | |
| 1 | Lampa do fototerapii przeznaczona do użytku na oddziałach szpitalnych specjalizujących się w leczeniu noworodków i niemowląt, w tym na salach noworodków oraz na oddziałach intensywnej terapii noworodka. | TAK |  | Bez oceny |
| 2 | Lampa LED, przeznaczona dla pacjentów do 3 miesiąca życia. | TAK |  | Bez oceny |
| 3 | Terapeutyczne światło niebieskie z 5 stopniową regulacją natężenia. | TAK |  | Bez oceny |
| 4 | Obserwacyjne światło białe. | TAK |  | Bez oceny |
| 5 | Dwie diody białego światła obserwacyjnego, zapewniające równomierne oświetlenie pacjenta podczas jego oceny. | TAK/NIE |  | TAK – 10 pkt.  NIE – 0 pkt. |
| 6 | Emitowane przez lampę światło terapeutyczne  o największej intensywności na poziomie 460-490 nm. | TAK |  | Bez oceny |
| 7 | Światło terapeutycznego i obserwacyjnego włączane niezależnie. | TAK |  | Bez oceny |
| 8 | Lampa wyposażona w licznik czasu pracy. | TAK |  | Bez oceny |
| 9 | Oczekiwany max. okres eksploatacji diod LED do fototerapii 50000 godzin. | TAK, podać |  | Bez oceny |
| 10 | Możliwość stosowania lampy z inkubatorami otwartymi  i zamkniętymi. | TAK |  | Bez oceny |
| 11 | Możliwość zamocowania lampy na ramieniu przegubowym  lub na wózku jezdnym oraz ustawienia bezpośrednio na kopule inkubatora. | TAK |  | Bez oceny |
| 12 | Minimalne pole powierzchni oświetlane przez lampę z wysokości 30 cm, 30x50 cm. | TAK, podać |  | Bez oceny |
| 13 | Lampa wyposażona w Radiometr zapewniający natychmiastowy pomiar natężenia promieniowania. | TAK |  | Bez oceny |
| 14 | Wynik pomiaru radiometru wyświetlany na głównym ekranie terapeutycznym. | TAK |  | Bez oceny |
| 15 | Lampa bez wentylatora do chłodzenia, obudowa lampy bez otworów, ostrych krawędzi i trudno dostępnych zakamarków. | TAK |  | Bez oceny |
| 16 | Poziom hałasu w trakcie normalnej pracy maks. 21 dB. | TAK, podać wartość. |  | Bez oceny |
| 17 | Waga lampy do 1,3kg. | TAK, podać |  | Bez oceny |
| 18 | Informacje wyświetlane na ekranie lampy w języku polskim . | TAK |  | Bez oceny |
| 19 | Lampa wyposażona w funkcję przesyłania raportu z pracy poprzez Pamięć USB flash. | TAK |  | Bez oceny |
| 20 | Raporty z ostatnich 3 sesji terapii wysyłane na USB. | TAK/NIE |  | TAK – 10 pkt.  NIE – 0 pkt. |
| 21 | Raporty z terapii wysyłane na USB uwzględniają poziom natężenia promieniowania wskazany przez radiometr. | TAK/NIE |  | TAK – 10 pkt.  NIE – 0 pkt. |
| 22 | Lampa kompatybilna z Medibus.X lub inną formą transferu danych do systemów monitorowania lub eletronicznej karty pacjenta. | TAK |  | Bez oceny |
| 23 | Możliwość regulacji konta padania światła. | TAK |  | Bez oceny |
| 24 | Możliwość wstrzymania i wznowienia terapii przy jednoczesnym zarejestrowaniu tej czynności w zapisie terapii eksportowanym na USB - wstrzymanie np. na potrzeby oceny stanu pacjenta. | TAK/NIE |  | TAK – 10 pkt.  NIE – 0 pkt. |
| 25 | Podgląd następnego terminu przeglądu serwisowego na ekranie lampy. | TAK |  | Bez oceny |
| 26 | Zasilanie sieciowe zgodne z warunkami obowiązującymi w Polsce, AC 230 V 50 Hz. | TAK |  | Bez oceny |
| 1. **Wyposażenie dodatkowe:** | | | | |
| 1 | Podstawa jezdna. | TAK |  | Bez oceny |
| 2 | Uchwyt na szynę. | TAK |  | Bez oceny |
| 3 | Okularki do fototerapii, min. 20 szt. | TAK, podać |  | Bez oceny |
| 4 | Ramię z szybkozłączką. | TAK |  | Bez oceny |
| 5 | Długość ramienia min. 100 cm | TAK, podać |  | Bez oceny |
| 1. **SZKOLENIA** | | | | |
| 1 | Nieodpłatne przeszkolenie personelu w zakresie poprawnej  i bezpiecznej eksploatacji Sprzętu (minimum 3 pracowników). | TAK |  | bez oceny |
| 1. **GWARANCJA I SERWIS** | | | | |
| 1 | Oświadczenie (wraz z kopią deklaracji zgodności CE) potwierdzające, że oferowany wyrób oznakowany jest znakiem CE i posiada ważne deklaracje zgodności CE | TAK |  | bez oceny |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim – 1 egz. w wersji papierowej, 1 egz. w wersji elektronicznej – **załączyć przy** **dostawie urządzenia.** | TAK |  | bez oceny |
| 3 | **Udzielenie gwarancji jakości dla przedmiotu zamówienia na okres nie krótszy niż 24 miesiące i oraz rękojmi za wady na okres równy okresowi udzielonej gwarancji dla urządzenia. (podać)** | TAK, podać |  | = 24 miesiące – 0 pkt.  = 36 miesięcy i więcej – 10 pkt. |
| 4 | Wykonanie nieodpłatne obowiązkowych przeglądów w okresie gwarancji, zgodnie z wymaganiami i w ilościach zalecanych przez producenta sprzętu oraz przepisami prawa w cenie oferty. | TAK, podać |  | bez oceny |
| 5 | Autoryzowany serwis gwarancyjny w okresie udzielonej Zamawiającemu gwarancji i rękojmi za wady na okres równy okresowi udzielonej gwarancji. | TAK |  | bez oceny |
| 6 | Siedziba autoryzowanego serwisu - dokładny adres i nr telefonu, adres e-mail. | TAK, podać |  | bez oceny |
| 7 | Maksymalny czas usunięcia awarii w ramach gwarancji nie może przekroczyć 7 **dni** roboczych w przypadku konieczności dostarczenia nowych części 14 dni roboczych. W przypadku przedłużenia czasu naprawy powyżej 14 dni roboczych konieczność wstawienia aparatu zastępczego tej samej klasy do 5 dni roboczych. | TAK, podać |  | bez oceny |
| 8 | Czas reakcji serwisu do **48 godzin** w dni robocze od momentu zgłoszenia wady (awarii) rozumiany jako podjęcie działań naprawczych. | TAK, podać |  | bez oceny |
| 9 | Gwarancja dostępności części zamiennych, materiałów eksploatacyjnych – minimum 10 lat od daty dostarczenia Sprzętu. | TAK |  | bez oceny |
| 10 | W okresie gwarancji 3 naprawy gwarancyjne tego samego typu ( techniczne lub wynikające z wad ukrytych) powodują wymianę elementów na nowe. | TAK |  | bez oceny |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie „Parametr oferowany” będzie traktowane, jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.

Oświadczam, że oferowane urządzenie (Sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte   
w SWZ, jest fabryczne nowe, 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.

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

miejscowość i data

**Formularz podpisany przy pomocy podpisu elektronicznego**

dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym,

podpisem zaufanym lub osobistym;

Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF

|  |
| --- |
|  |