**znak sprawy: DAM.230/023/2021**

**Załącznik nr 1**

***Formularz wymaganych warunków technicznych***

***W postępowaniu pn. Dostawa urządzenia do trombolizy ultradźwiękami w zatorowości płucnej oraz trombektomii z wyposażeniem dla Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii z Centrum Diagnostyki i Leczenia Żylnej Choroby Zakrzepowo Zatorowej Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus UCK WUM,*** oferujemy dostawę fabrycznie nowego urządzenia o parametrach wskazanych w poniższej tabeli wraz z instalacją i instruktażem w zakresie obsługi, na warunkach określonych we *Wzorze umowy*.

|  |
| --- |
| ***Urządzenie do trombolizy ultradźwiękami w zatorowości płucnej oraz trombektomii z wyposażeniem* – 1 kpl.** |
| **Producent (marka) ……………………………………..……………………………………………………………… (Należy podać)****Model ……………………………………………………………………………..……………..……………..………..… (Należy podać)****Numer katalogowy ………………………………………………………………………..………(Należy podać jeżeli dotyczy)****Kraj pochodzenia ……………………………………………………………………………………………………….. (Należy podać)** **Fabrycznie nowe urządzenie, wyprodukowane nie wcześniej niż w 2020 r.** |
| **L.p.** | **Parametry techniczne** | **Parametr wymagany / oceniany** | **Parametr oferowany / oceniany** |
|  | Kompletny system do terapii ultradźwiękowej składający się z przenośnej jednostki sterującej z uchwytem, przewodów interfejsu złącza oraz przewodu zasilającego | wymagany | Tak/Nie |
|  | Jednostka sterująca wyposażona w dwa porty służące do jednoczesnego podłączenia i obsługi cewników do obydwu płuc  | wymagany | Tak/Nie |
|  | System zasilany prądem zmiennym  | wymagany | Tak/Nie |
|  | System wyposażony w wewnętrzny akumulator litowo - jonowy do tymczasowego zasilania jednostki w trakcie transportu pacjenta (min. 15min pracy z wykorzystaniem dwóch portów lub min. 30min z wykorzystaniem jednego portu) | wymagany | Tak/Nie |
|  | Kolorowy ekran dotykowy  | wymagany | Tak/Nie |
|  | Moc wyjściowa systemu automatycznie kontrolowana przez jednostkę sterującą | wymagany | Tak/Nie |
|  | Maksymalna moc impulsu min. 100W | wymagany | Tak/Nie |
|  | Średnia maksymalna moc urządzenia dla obu kanałów min. 70W (35W średnia maksymalna moc urządzenia dla jednego kanału) | wymagany | Tak/Nie |
| **Akcesoria**  |
|  | Zestaw zawierający cewnik infuzyjny o długości 106 cm, profilu 5,4Fr, kompatybilny z prowadnikiem 0,035' oraz prowadnik generujący ultradźwięki w celu przyspieszenia trombolizy o długości strefy działania odpowiednio: 6, 12, 18, 24 30, 40, 50cm do wyboru przez Zamawiającego – 10 sztuk | wymagany | Tak/Nie |
|  | Zestaw zawierający cewnik infuzyjny o długości 135 cm, profilu 5,4Fr, kompatybilny z prowadnikiem 0,035' oraz prowadnik generujący ultradźwięki w celu przyspieszenia trombolizy o długości strefy działania odpowiednio: 12, 30, 40, 50cm do wyboru przez Zamawiającego – 10 sztuk | wymagany | Tak/Nie |
| **Gwarancja i serwis** |
|  | Okres gwarancji na urządzenie – min. 12 miesięcy | wymagany | Należy podać |
|  | Okres gwarancji na cewniki – min. 24 miesiące | wymagany | Należy podać |
|  | Serwis gwarancyjny świadczony w dni robocze (od poniedziałku do piątku) z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, w godzinach 07:00- 16:00 | wymagany | Tak/Nie |
|  | Czas reakcji serwisu do podjęcia czynności usunięcia wady/usterki - 48 godzin od momentu jej zgłoszenia z zastrzeżeniem godzin pracy wskazanych w pkt.13 | wymagany | Tak/Nie |
|  | Jeżeli lub modułu jego modułu nie da się naprawić albo w razie wystąpienia czwartej takiej samej awarii, Oferent obowiązany jest dostarczyć nowy aparat lub moduł nie później niż 30 dni od dnia wystąpienia awarii. W takim przypadku okres gwarancji aparatu lub modułu wymienionego na nowy rozpoczyna się od dnia jego dostarczenia. | wymagany | Tak/Nie |
|  | W przypadku, gdy w okresie gwarancji wymagane jest lub zalecane przez producenta wykonanie przeglądu technicznego Oferent na swój koszt zapewni wykonanie takich przeglądów, z zastrzeżeniem, że ostatni przegląd odbędzie się w ostatnim miesiącu udzielonej gwarancji | wymagany | Tak/Nie |
|  | Aktualizacja oprogramowania aparatu w okresie gwarancji, o ile dotyczy, bez konieczności ponoszenia przez Zamawiającego jakichkolwiek dodatkowych kosztów | wymagany | Tak/Nie |
|  | Przeglądy i naprawy wykonywane w miejscu, w którym aparat jest używany | wymagany | Tak/Nie |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu w miejscu instalacji  | wymagany | Tak/Nie |
|  | Oferent zapewnia autoryzowany serwis gwarancyjny producenta w języku polskim. | wymagany | Tak/Nie |

Przegląd techniczny nie wymagany/nie zalecany / wymagany/zalecany\* przez producenta co ………………………………….. miesięcy

\*niepotrzebne skreślić