

I. OKREŚLENIE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

A) Urządzenie do terapii nerkowej – Aparat do terapii nerkozastępczej

CPV 33181000-2

Zamawiana ilość - 1(jeden) kpl.

II. Część do wypełnienia przez przystępującego do przetargu:

1	Nazwa urządzenia	
---	------------------	--

Wpisać

2	Typ urządzenia	
---	----------------	--

Wpisać

3	Producent	
---	-----------	--

Wpisać

4	Rok produkcji 2008 - urządzenie fabrycznie nowe	
---	---	--

Wpisać

5	Kraj pochodzenia	
---	------------------	--

Wpisać

6.Wymóg formalny: Wpis od rejestru wyrobów medycznych i/lub Deklaracja zgodności z CE (załączyć kopię).
(Zgodnie z wymogami prawa polskiego)

1	Nr rejestru wyrobów medycznych		data ważności wpisu	
---	--------------------------------	--	---------------------	--

Wpisać

Wpisać

7.Cena brutto zakupu: obejmująca dostarczenie do użytkownika, rozładunek, montaż, uruchomienie, przeszkolenie użytkownika w zakresie użytkowania, transport, ubezpieczenie, itp. Cena musi uwzględniać opłaty niezbędne do dostarczenia urządzenia (cło, wszystkie podatki, upusty, ewentualne rabaty).

1	Cena zakupu w PLN - brutto	
---	----------------------------	--

Wpisać

8. Warunki gwarancji i serwisu wymagane przez użytkownika.

Nr pkt.	OPIS PARAMETRÓW	WYMOGI GRANICZNE	PARAMETR OFEROWANY (należy szczegółowo opisać)
1	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny (wpisać pełne dane kontaktowe adres i techniczne środki łączności, nr tel., faxu, e-mail.)	TAK	
2	Długość udzielanej gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) minimum 36 m-cy, podać ilość miesięcy	TAK	
3	Możliwość zgłaszania usterek 24 h/dobę (Opisać sposób)	TAK	
4	Dostępności części zamiennych oraz pełnego serwisu przedmiotu zamówienia przez okres min. 10 lat od momentu zakupu.	TAK	
5	Sprzęt zastępczy na okres naprawy gwarancyjnej przekraczającej 3 dni. Sprzęt zastępczy o analogicznych parametrach.	TAK	
6	Minimum 1 przegląd techniczny roczne w ramach gwarancji.	TAK	

Wpisać

9. Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika

Nr pkt.	OPIS PARAMETRÓW	WYMOGI GRANICZNE TAK / NIE	ODPOWIEDŹ WYKONAWCY TAK / NIE	PARAMETR OFEROWANY (należy szczegółowo opisać)
Wykonywane zabiegi				
1.	SCUF – ciągła powolna ultrafiltracja	TAK		
2.	CVVH – ciągła hemofiltracja żylna-żylna	TAK		
3.	CVVH (HVH) – ciągła wysokoobjętościowa hemofiltracja żylna-żylna	TAK		
4.	CVVHD – ciągła hemodializa żylna-żylna	TAK		
5.	CVVHDF – ciągła hemodilafiltracja żylna-żylna	TAK		
6.	Hemoperfuzja	TAK		
7.	Plazmafereza	TAK		
Parametry techniczne				
8.	Minimum 4 pompy perystaltyczne (krwi, ultrafiltratu, dializatu, substytutu)	TAK		
9.	Pompa krwi – maksymalny przepływ nie mniej niż 400 ml/min	TAK		
10.	Pompa substytutu – maksymalny przepływ nie mniej niż 8.000 ml/h	TAK		
11.	Pompa dializatu – maksymalny przepływ nie mniej niż 8.000 ml/h	TAK		
12.	Pompa ultrafiltratu – maksymalny przepływ nie mniejszy niż 8.000 ml/h	TAK		
13.	Fabrycznie zintegrowana z aparatem pompa strzykawkowa antykoagulantu z możliwością wykalibrowania do każdego modelu strzykawki o pojemności od 30ml do 50ml	TAK		
14.	Set w postaci zintegrowanej kasety lub połączonych fabrycznie w jedną całość drenów.	TAK		
15.	Jeden uniwersalny zestaw do wszystkich wymaganych zabiegów.	TAK		
16.	Możliwość jednoczesnego użycia pomp predilucji i postdilucji w terapiach: CVVH (ciągła hemofiltracja żylna-żylna) i CVVH-HVH (wysokoobjętościowa ciągła hemofiltracja żylna-żylna)	TAK		
17.	Możliwość osobnego użycia pomp predilucji i postdilucji w terapiach: CVVH (ciągła hemofiltracja żylna-żylna) i CVVH-HVH (wysokoobjętościowa ciągła hemofiltracja żylna-żylna)	TAK		
18.	Możliwością zmiany terapii przy aparacie podłączonym do pacjenta. Zmiana terapii musi odbywać się płynnie i być koordynowana przez odpowiednią opcję w menu aparatu (nie dotyczy TPE i HP).	TAK		
19.	Czytelny, obrotowy, ekran ciekłokrystaliczny, min 10,4" TFT	TAK		
20.	Zintegrowana grzałka zapewniająca utrzymanie temperatury substytutu w zakresie: od 35°C do 39°C oraz opcja – grzałka wyłączona	TAK		

21.	Detektor pęcherzyków powietrza w układzie	TAK		
22.	Detektor wycieku krwi	TAK		
23.	Moduł automatycznie odpowietrzający układ na linii substytutu.	TAK		
24.	Możliwość rozbudowy aparatu o 2 dodatkowe pompy i 2 dodatkowe wagi do podawania cytrynianów.	TAK		
25.	Monitorowanie i wyświetlanie na ekranie ciśnień: dostępu, powrotu, TMP i spadku ciśnienia na filtrze	TAK		
26.	Podwójny system nadzorujący dokładność prowadzonej terapii: wagowy oraz przepływowy	TAK		
27.	Ilość wag: min. 2	TAK		
28.	Nośność każdej wagi – nie mniej niż 20 kg	TAK		
29.	Możliwość stosowania hemofiltrów innych producentów.	TAK		
30.	Możliwość stosowania płynów substytucyjnych innych producentów.	TAK		
31.	Opcja pediatryczna	TAK		
32.	Fabryczne ograniczenie czasu pracy – nie mniej niż 72 godziny	TAK		
33.	Pamięć trendów – min. 72 godziny	TAK		
34.	Obsługa aparatu w języku polskim	TAK		
35.	Set wraz z filtrami – min 10 kpl.	TAK		
36.	Instrukcja obsługi w języku polskim najpóźniej w dniu dostawy urządzenia	TAK		
37.	Szkolenie - minimum 6 osób personelu użytkownika	TAK		

UWAGA !

Dla uznania oferty za ważną wykonawca winien zaoferować sprzęt spełniający wszystkie wymagane parametry graniczne.

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

Wypełniony i podpisany załącznik **nr 1** należy załączyć do oferty.

Zamawiający nie dopuszcza częściowego składania ofert.

Zamawiający nie dopuszcza wariantowego składania ofert.

Oświadczamy, że oferowany sprzęt jest kompletny i będzie po dostarczeniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.

Podpis oferenta.

I. OKREŚLENIE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

B) Urządzenie do terapii nerkowej – Aparat do terapii nerkozastępczej z opcją antykoagulacji cytrynianowej.

CPV 33181000-2

Zamawiana ilość - 1(jeden) kpl.

II. Część do wypełnienia przez przystępującego do przetargu:

1	Nazwa urządzenia	
---	------------------	--

Wpisać

2	Typ urządzenia	
---	----------------	--

Wpisać

3	Producent	
---	-----------	--

Wpisać

4	Rok produkcji 2008 - urządzenie fabrycznie nowe	
---	---	--

Wpisać

5	Kraj pochodzenia	
---	------------------	--

Wpisać

6.Wymóg formalny: Wpis od rejestru wyrobów medycznych i/lub Deklaracja zgodności z CE (załączyć kopię).
(Zgodnie z wymogami prawa polskiego)

1	Nr rejestru wyrobów medycznych		data ważności wpisu	
---	--------------------------------	--	---------------------	--

Wpisać

Wpisać

7.Cena brutto zakupu: obejmująca dostarczenie do użytkownika, rozładunek, montaż, uruchomienie, przeszkolenie użytkownika w zakresie użytkowania, transport, ubezpieczenie, itp. Cena musi uwzględniać opłaty niezbędne do dostarczenia urządzenia (cło, wszystkie podatki, upusty, ewentualne rabaty).

1	Cena zakupu w PLN - brutto	
---	----------------------------	--

Wpisać

8. Warunki gwarancji i serwisu wymagane przez użytkownika.

Nr pkt.	OPIS PARAMETRÓW	WYMOGI GRANICZNE	PARAMETR OFEROWANY (należy szczegółowo opisać)
1	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny (wpisać pełne dane kontaktowe adres i techniczne środki łączności, nr tel., faxu, e-mail.)	TAK	
2	Długość udzielanej gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) minimum 36 m-cy, podać ilość miesięcy	TAK	
3	Możliwość zgłaszania usterek 24 h/dobę (Opisać sposób)	TAK	
4	Dostępności części zamiennych oraz pełnego serwisu przedmiotu zamówienia przez okres min. 10 lat od momentu zakupu	TAK	
5	Sprzęt zastępczy na okres naprawy gwarancyjnej przekraczającej 3 dni. Sprzęt zastępczy o analogicznych parametrach.	TAK	
6	Minimum 1 przegląd techniczny roczne w ramach gwarancji.	TAK	

Wpisać

9. Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika

Nr pkt.	OPIS PARAMETRÓW	WYMOGI GRANICZNE TAK / NIE	ODPOWIEDŹ WYKONAWCY TAK / NIE	PARAMETR OFEROWANY (należy szczegółowo opisać)
Wykonywane zabiegi				
1.	SCUF – ciągła powolna ultrafiltracja	TAK		
2.	CVVH – ciągła hemofiltracja żylna-żylna	TAK		
3.	CVVH (HVH) – ciągła wysokoobjętościowa hemofiltracja żylna-żylna	TAK		
4.	CVVHD – ciągła hemodializa żylna-żylna	TAK		
5.	CVVHDF – ciągła hemodilafiltracja żylna-żylna	TAK		
6.	Hemoperfuzja	TAK		
7.	Plazmafereza	TAK		
Parametry techniczne				
8.	Minimum 6 pomp perystaltycznych (krwi, ultrafiltratu, dializatu, substytutu, cytrynianów, pompa do podaży wapnia)	TAK		
9.	Pompa krwi – maksymalny przepływ nie mniej niż 400 ml/min	TAK		
10.	Pompa substytutu – maksymalny przepływ nie mniej niż 8.000 ml/h	TAK		
11.	Pompa dializatu – maksymalny przepływ nie mniej niż 8.000 ml/h	TAK		
12.	Pompa ultrafiltratu – maksymalny przepływ nie mniejszy niż 8.000 ml/h	TAK		
13.	Fabrycznie zintegrowana z aparatem pompa strzykawkowa antykoagulantu z możliwością wykalibrowania do każdego modelu strzykawki trójczęściowej o pojemności od 30ml do 50ml dowolnego producenta.	TAK		
14.	Set w postaci zintegrowanej kasety lub połączonych fabrycznie w jedną całość drenów.	TAK		
15.	Jeden uniwersalny zestaw do wszystkich wymaganych zabiegów.	TAK		
16.	Możliwość jednoczesnego użycia pomp predilucji i postdilucji w terapiach: CVVH (ciągła hemofiltracja żylna-żylna) i CVVH-HVH (wysokoobjętościowa ciągła hemofiltracja żylna-żylna)	TAK		
17.	Możliwość osobnego użycia pomp predilucji i postdilucji w terapiach: CVVH (ciągła hemofiltracja żylna-żylna) i CVVH-HVH (wysokoobjętościowa ciągła hemofiltracja żylna-żylna)	TAK		
18.	Możliwością zmiany terapii przy aparacie podłączonym do pacjenta. Zmiana terapii musi odbywać się płynnie i być koordynowana przez odpowiednią opcję w menu aparatu (nie dotyczy TPE i HP).	TAK		
19.	Możliwość prowadzenia antykoagulacji cytrynianowej we wszystkich terapiach (SCUF, CVVH, CVVH HVH, CVVHD, CVVHDF)	TAK		

20.	Czytelny, obrotowy, ekran ciekłokrystaliczny, min 10,4" TFT	TAK		
21.	Zintegrowana grzałka zapewniająca utrzymanie temperatury substytutu w zakresie: od 35°C do 39°C oraz opcja – grzałka wyłączona	TAK		
22.	Detektor pęcherzyków powietrza w układzie	TAK		
23.	Detektor wycieku krwi	TAK		
24.	Moduł automatycznie odpowietrzający układ na linii substytutu.	TAK		
25.	Monitorowanie i wyświetlanie na ekranie ciśnień: dostępu, powrotu, TMP i spadku ciśnienia na filtrze	TAK		
26.	Podwójny system nadzorujący dokładność prowadzonej terapii: wagowy oraz przepływowy	TAK		
27.	Ilość wag: min. 4	TAK		
28.	Nośność wagi substytutu i ultrafiltratu – nie mniej niż 20 kg	TAK		
29.	Możliwość stosowania hemofiltrów innych producentów.	TAK		
30.	Możliwość stosowania płynów substytucyjnych innych producentów.	TAK		
31.	Opcja pediatryczna	TAK		
32.	Fabryczne ograniczenie czasu pracy – nie mniej niż 72 godziny	TAK		
33.	Pamięć trendów – min. 72 godziny	TAK		
34.	Obsługa aparatu w języku polskim	TAK		
35.	Set wraz z filtrami – min 10 kpl.	TAK		
36.	Instrukcja obsługi w języku polskim najpóźniej w dniu dostawy urządzenia	TAK		
37.	Szkolenie - minimum 6 osób personelu użytkownika	TAK		

UWAGA !

Dla uznania oferty za ważną wykonawca winien zaoferować sprzęt spełniający wszystkie wymagane parametry graniczne.

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

Wypełniony i podpisany załącznik **nr 1** należy załączyć do oferty.

Zamawiający nie dopuszcza częściowego składania ofert.

Zamawiający nie dopuszcza wariantowego składania ofert.

Oświadczamy, że oferowany sprzęt jest kompletny i będzie po dostarczeniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.

Podpis oferenta.