

Załącznik nr 2 do SIWZ - Opis przedmiotu zamówienia

Wartości oferowane *

(TAK / NIE)

* zaznaczyć właściwe, podać wartość

1.	DANE OGÓLNE:	
1. 1.	Przedmiot zamówienia szczegółowo opisany w pkt. 1.7. będzie przeznaczony do transportu noworodków i wcześniaków (pacjentów) wymagających intensywnej opieki medycznej.	
1. 1. 1.	Transport pacjentów w inkubatorze transportowym będzie odbywał się samolotami (Piaggio P-180, LEARJET 75), będącymi własnością Zamawiającego oraz karetami z podmiotu leczniczego na lotnisko i odwrotnie.	
1. 2.	Inkubator transportowy musi być fabrycznie nowy, wyprodukowany nie wcześniej niż w drugiej połowie 2019 r.	TAK (data produkcji) tydzień roku, 20 rok
1. 3.	Konstrukcja inkubatora transportowego:	
1. 3. 1.	Stabilna, uniemożliwiająca przypadkowe rozłączenie, gwarantująca bezpieczeństwo transportowanego w nim pacjenta.	TAK / NIE
1. 3. 1. 1.	Konstrukcja umożliwiająca łatwe przełączenie z zasilania własnego inkubatora na zasilanie z sieci kabiny medycznej samolotów lub karetek.	TAK / NIE
1. 3. 1. 2.	Konstrukcja zapewniająca łatwe przełączanie z zasilania w gazy medyczne zamocowane na platformie nośnej na zasilanie z instalacji gazowych kabiny medycznej samolotów lub karetek.	TAK / NIE
1. 4.	WYMAGANIA ODNOŚNIE DOKUMENTÓW - na etapie badania ofert.	
1. 4. 1.	Oświadczenie o dopuszczeniu do obrotu i używania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z wymogami ustawy o Wyrobach Medycznych.	TAK / NIE
1. 4. 2.	Folder/katalog/prospekt/informacja/opis/instrukcja producenta oferowanego urządzenia medycznego, zawierające jego dane techniczne, potwierdzające parametry opisane w specyfikacji. Folder/katalog/prospekt/informacja/opis/instrukcja w języku polskim w wersji elektronicznej z możliwością kopiowania i wydruku.	TAK / NIE
1. 5.	WYMAGANIA ODNOŚNIE DOKUMENTÓW - przy dostawie.	
1. 5. 1.	Deklaracja zgodności dla inkubatora transportowego, czyli oświadczenie wytwórcy lub jego autoryzowanego przedstawiciela, stwierdzające na jego wyłączną odpowiedzialność, że wyrób jest zgodny z wymaganiami zasadniczymi lub Certyfikat zgodności dla inkubatora transportowego wydany przez jednostkę notyfikowaną w celu oznaczenia znakiem CE.	TAK / NIE
1. 5. 2.	Lista preparatów do mycia i dezynfekcji wraz z dokumentem poświadczającym, że podane środki posiadają dopuszczenie do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wydane przez Prezesa Urzędu Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.	TAK / NIE
1. 5. 3.	Zalecenia oraz instrukcja mycia i dezynfekcji z opisem czynności (procedur).	TAK / NIE
1. 5. 4.	Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej z możliwością kopiowania i wydruku.	TAK / NIE
1. 5. 5.	Karta gwarancyjna zawierająca w szczególności:	TAK / NIE
1. 5. 5. 1.	Nazwę, nazwę, adres, nr telefonu, adres e-mail, osobę do kontaktu Gwaranta.	TAK / NIE
1. 5. 5. 2.	Warunki gwarancji wraz z procedurami zgłaszania awarii.	TAK / NIE
1. 5. 5. 3.	Okres ochrony gwarancyjnej.	TAK / NIE
1. 5. 5. 4.	Oświadczenie, że wykonanie uprawnień z tytułu gwarancji nie wpływa na odpowiedzialność Wykonawcy z tytułu rękojmi.	TAK / NIE
1. 5. 5. 5.	Wykaz autoryzowanych serwisów świadczących usługi gwarancyjne (nazwa firmy, adres, nr telefonu, nr faksu, osoba do kontaktu).	TAK / NIE
1. 6.	DANE SZCZEGÓŁOWE:	
1. 6. 1.	Przedmiot zamówienia składa się z:	
1. 6. 1. 1.	Inkubatora transportowego, tj. kopuły inkubatora wraz z podstawą, panelem kontrolnym wraz z modułem zasilania elektrycznego oraz instalacją tlenową.	TAK / NIE
1. 6. 1. 2.	Uwaga!	
1. 6. 1. 2. 1.	Zamawiający nie przewiduje zakupu mocowań na butle. Mocowanie na butle zostanie opracowane przez producenta samolotów, będących własnością Zamawiającego.	
1. 6. 1. 2. 2.	Inkubator transportowy ma posiadać przewody umożliwiające zasilanie w gazy medyczne.	TAK / NIE
1. 6. 1. 2. 3.	Rozwiązanie, co do elementów składowych i ich zabudowy należy uzgodnić z Zamawiającym.	
1. 7.	Inkubator transportowy:	
1. 7. 1.	Komunikacja urządzenia z użytkownikiem musi odbywać się w języku polskim.	TAK / NIE
1. 7. 2.	Obserwacja pacjenta możliwa z góry i boków.	TAK / NIE
1. 7. 3.	Posiada możliwość wyjmowania i dostępu do pacjenta przynajmniej z dwóch stron, tj. od strony głowy i z boku. Zakłada się, że inkubator będzie zainstalowany na prawej burcie a głowa pacjenta skierowana w kierunku lotu (tj. po lewej stronie inkubatora).	TAK / NIE
1. 7. 3. 1.	Sposób otwierania ścianek kopuły oraz samej kopuły posiada zabezpieczenie przed przypadkowym otwarciem.	TAK / NIE
1. 7. 4.	Wyposażony w wbudowane światło z przełącznikiem sterowania.	TAK / NIE
1. 7. 5.	Posiada automatyczne testowanie przy każdym uruchomieniu (parametr punktowany).	TAK / NIE
1. 7. 6.	Posiada pamięć nastawionych parametrów (parametr punktowany).	TAK / NIE
1. 7. 7.	Komora inkubatora, w której umieszczany jest pacjent posiada w szczególności:	
1. 7. 7. 1.	Wysuwane leże od strony głowy - możliwość szybkiego wysunięcia pacjenta na materacu celem wdrożenia czynności ratunkowych (np. przeprowadzenia intubacji dotchawiczej);	TAK / NIE
1. 7. 7. 2.	Materacyk (zmywalny) i mocowanie pacjenta;	TAK / NIE
1. 7. 7. 3.	Ścianki - podwójne jako zabezpieczenie przed utratą ciepła i ograniczenie hałasu z zewnątrz;	TAK / NIE
1. 7. 7. 4.	Otwory pielęgnacyjne z drzwiczkami - nie mniej niż dwa (2) otwory;	TAK / NIE
1. 7. 7. 4. 1.	Drzwiczki uszczelnione.	TAK / NIE
1. 7. 7. 5.	Otwory na drenaż, przewody oraz układ oddechowy pacjenta do respiratora - nie mniej niż cztery (4) otwory;	TAK / NIE
1. 7. 7. 5. 1.	Przepusty otworów uszczelnione.	TAK / NIE
1. 7. 7. 6.	Ograniczenie hałasu - poziom hałasu w komorze podczas pracy inkubatora nie może przekraczać 60 dB (parametr punktowany).	TAK (poziom hałasu dB) / NIE
1. 7. 8.	Komora inkubatora demontowalna bez użycia narzędzi.	TAK / NIE
1. 7. 9.	Inkubator wyposażony we wbudowany pulsoksymetr.	TAK / NIE
1. 7. 9. 1.	Czujnik SpO2 wykonany w technologii Masimo.	TAK / NIE
1. 7. 10.	Inkubator posiada funkcję regulacji temperatury wewnątrz kopuły, a w szczególności:	TAK / NIE
1. 7. 10. 1.	Funkcję nastawiania temperatury wewnątrz kopuły w zakresie nie mniejszym niż 23- 38°C;	TAK (zakres°C) / NIE
1. 7. 10. 2.	Przyrost regulacji temperatury co 0,1°C;	TAK (przyrost°C) / NIE
1. 7. 10. 3.	Funkcję pomiaru temperatury wewnątrz kopuły w zakresie nie mniejszym niż 20°C-42°C;	TAK (zakres°C) / NIE
1. 7. 10. 4.	Czujnik temperatury skóry pacjenta, zapewniający pomiar w zakresie nie mniejszym niż 30°C-42°C;	TAK (zakres°C) / NIE
1. 7. 11.	Inkubator posiada funkcję ustawienia stężenia tlenu pod kopułą w zakresie nie mniejszym niż 21%-50%.	TAK (zakres%) / NIE
1. 7. 12.	Inkubator wyposażony w nawilżacz powietrza pod kopułą (parametr punktowany).	TAK / NIE
1. 7. 13.	W podstawie inkubator posiada miejsce przeznaczone dla defibrylatora X-Series (Zoll) (parametr punktowany).	TAK / NIE
1. 7. 13. 1.	Po zamontowaniu w miejscu przeznaczenia defibrylator musi mieć zachowaną pełną funkcjonalność, tj. obsługa, wymiana akumulatora, papieru w drukarce, obsługa wszelkich akcesoriów.	TAK / NIE
1. 7. 13. 2.	Swobodny montaż i demontaż defibrylatora przez użytkownika w miejscu przeznaczenia.	TAK / NIE
1. 7. 14.	Inkubator wyposażony w panel wyświetlający min. następujące informacje:	TAK / NIE
1. 7. 14. 1.	Włączony/wyłączony;	TAK / NIE
1. 7. 14. 2.	Stan naładowania baterii;	TAK / NIE
1. 7. 14. 3.	Zasilanie AC/DC;	TAK / NIE
1. 7. 14. 4.	Temperatura pacjenta;	TAK / NIE

1.	7.	14.	5.	Temperatura powietrza pod kopułą;	TAK / NIE
1.	7.	14.	6.	SpO2 - odczyt z pulsoksymetru;	TAK / NIE
1.	7.	14.	7.	HR (heart rate) - odczyt z pulsoksymetru;	TAK / NIE
1.	7.	14.	8.	Wskaźniki alarmów.	TAK / NIE
1.	7.	15.		Inkubator posiada m.in. alarmy informujące o następujących problemach:	TAK / NIE
1.	7.	15.	1.	Awaria systemu;	TAK / NIE
1.	7.	15.	2.	Awaria czujnika temperatury;	TAK / NIE
1.	7.	15.	3.	Zbyt wysoka temperatura (przegrzanie);	TAK / NIE
1.	7.	15.	4.	Słaba bateria;	TAK / NIE
1.	7.	15.	5.	Awaria zasilania;	TAK / NIE
1.	7.	15.	6.	Zakłócenie w obiegu wewnętrznym powietrza.	TAK / NIE
1.	7.	16.		Inkubator posiada funkcję wyciszania alarmów.	TAK / NIE
1.	7.	17.		Warunki techniczne / zasilanie inkubatora - elektryczne:	TAK / NIE
1.	7.	17.	1.	Zasilanie z własnego źródła:	TAK / NIE
1.	7.	17.	1. 1.	Czas pracy na akumulatorze minimum 60 minut.	TAK / NIE
1.	7.	17.	2.	Zasilanie z zewnętrznego źródła:	TAK / NIE
1.	7.	17.	2. 1.	Zasilanie AC 100-240V 50-60Hz;	TAK / NIE
1.	7.	17.	2. 2.	Zasilanie DC 12-28V.	TAK / NIE
1.	7.	17.	3.	Przewód zasilający AC (1 szt.).	TAK / NIE
1.	7.	17.	3. 1.	Przewód z wtyczką typu CEE 7/7.	TAK / NIE
1.	7.	17.	4.	Przewód zasilający DC (1 szt.)	TAK / NIE
1.	7.	17.	4. 1.	Przewód z wtyczką zapalniczkową małą, zgodną z normą ISO 4165:2005.	TAK / NIE
1.	7.	17.	5.	Automatyczne ładowanie akumulatora przy podłączeniu inkubatora do źródła zewnętrznego zasilania.	TAK / NIE
1.	7.	18.		Warunki techniczne / uwagi do zasilania elektrycznego samolotu:	
1.	7.	18.	1.	Instalacja elektryczna AC 230V samolotu ma ograniczenie natężenia prądu do 1,4 A.	
1.	7.	18.	2.	Instalacja elektryczna DC 12V samolotu ma ograniczenie natężenia prądu do 20 A.	
1.	7.	19.		Warunki techniczne / zasilanie inkubatora - gazy medyczne:	
1.	7.	19.	1.	Inkubator wyposażony w przyłącze do podłączenia tlenu:	TAK / NIE
1.	7.	19.	1. 1.	Zasilanie ze źródła gazów zamocowanych na platformie nośnej;	TAK / NIE
1.	7.	19.	1. 2.	Zasilanie z zewnętrznego źródła zasilania z instalacji tlenowej umieszczonej w kabinie medycznej samolotu lub karetki.	TAK / NIE
1.	7.	19.	2.	Dołączony przewód ciśnieniowy tlenowy zakończony łączem AGA - 2 szt. (1 przewód długości ok 3m; 1 przewód długości ok 1m).	TAK / NIE
1.	7.	20.		Wyposażenie dodatkowe:	
1.	7.	20.	1.	Materacyk dodatkowy - 1 szt. (ogółem 2 szt.);	TAK / NIE
1.	7.	20.	2.	Mocowanie dodatkowe pacjenta wielorazowe - 1 szt. (ogółem 2 szt.);	TAK / NIE
1.	7.	20.	3.	Wszelkie przewody oraz inne elementy konieczne do funkcjonowania w zestawie niewymienione powyżej;	TAK / NIE
1.	7.	20.	4.	Pokrowiec/narzuta na inkubator, tzw. "sztuczna noc".	TAK / NIE
1.	7.	20.	4. 1.	Pokrowiec wykonany z 100% bawełny.	TAK / NIE
1.	7.	20.	5.	Pokrowiec zmniejszający stratę ciepła z inkubatora w zimne dni podczas przenoszenia inkubatora z/do samolotu do/z karetki;	TAK / NIE
1.	7.	20.	5. 1.	Strona wierzchnia pokrowca wykonana z materiału wodoodpornego.	TAK / NIE
1.	7.	20.	5. 2.	Możliwość obserwacji pacjenta bez konieczności zdejmowania pokrowca (zastosowanie klapki).	TAK / NIE
1.	7.	21.		Masa i wymiary inkubatora:	
1.	7.	21.	1.	Masa inkubatora [kg];	masa kg
1.	7.	21.	2.	Długość inkubatora (podać długość) [cm];	długość cm)
1.	7.	21.	3.	Szerokość inkubatora - nie więcej niż 50,5cm (podać szerokość) [cm];	TAK (szerokość cm) / NIE
1.	7.	21.	4.	Wysokość całości (kopuła z podstawą) - nie więcej niż 55cm (podać wysokość) [cm];	TAK (wysokość cm) / NIE
1.	7.	21.	5.	Wymiary materacyka / leże dla noworodka, wcześniaka (podać długość x szerokość x wysokość) [cm].	dl. x szer. x wys. cm
2.				Inne:	
2.	1.			Mycie i dezynfekcja:	
2.	1.	1.		Możliwość mycia i dezynfekcji inkubatora transportowego wraz z mocowaniami za pomocą preparatów dostępnych na polskim rynku.	TAK / NIE
2.	1.	2.		Preparaty do dezynfekcji nie mogą oddziaływać negatywnie na materiały, z których wykonane są wszystkie elementy zestawu wraz z dodatkowym wyposażeniem, nie będącym przedmiotem zamówienia, a wypożyczonym przez Zamawiającego.	TAK / NIE
2.	2.			Szkolenie:	
2.	2.	1.		Szkolenie w zakresie obsługi inkubatora dla dwóch (2) grup personelu medycznego Zamawiającego (nie więcej niż 10 osób na każdą grupę).	TAK / NIE
2.	2.	2.		Szkolenie w jęz. polskim, na koszt Wykonawcy, w siedzibie Zamawiającego.	TAK / NIE
2.	2.	3.		Przeprowadzone w terminie uzgodnionym przez Strony.	TAK / NIE
2.	2.	4.		Wykonawca zapewnia, że każdy ze szkolenych otrzyma dokument potwierdzający uczestnictwo i zakończenie szkolenia.	TAK / NIE
2.	2.	5.		Materiały szkoleniowe udostępnione w języku polskim w wersji elektronicznej z możliwością kopiowania i wydruku, udostępnione do zapoznania na co najmniej 1 tydzień przed szkoleniem.	TAK / NIE
3.				SERWIS:	
3.	1.			Autoryzowany serwis na inkubator transportowy.	TAK / NIE
3.	1.	1.		Czas podjęcia naprawy przez serwis - nie więcej niż 72 godz.	TAK / NIE
3.	1.	2.		Liczba napraw uprawniających do wymiany urządzenia na nowe - nie więcej niż 5 napraw (parametr punktowany).	TAK (..... napraw) / NIE
4.				GWARANCJA:	
4.	1.			Objęmurca swoim zakresem wszystkie części inkubatora również po zamocowaniu na platformie nośnej.	TAK / NIE
4.	2.			Minimum 24 miesiące, liczone od dnia dostarczenia przedmiotu zamówienia (parametr punktowany).	TAK (..... miesięcy) / NIE
4.	3.			Gwarancja dostępności i sprzedaży części zamiennych przez okres nie mniej niż dziesięć (10) lat, liczonych od daty dostarczenia inkubatora do Zamawiającego.	TAK / NIE

.....
Podpis (y) Wykonawcy (ów) lub
upoważnionego(ych) przedstawiciela(li)