ZP-371/80/19

Załącznik nr 3 do SIWZ

**SPECYFIKACJA TECHNICZNA**

**DOSTAWA FANTOMÓW I TRENAŻERÓW**

**DLA UNIWERSYTETU HUMANISTYCZNO – PRZYRODNICZEGO IM. JANA DŁUGOSZA W CZĘSTOCHOWIE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pozycja 1. Fantom do badań fizykalnych – tors – 3 kpl.** | | |
| 1. | Producent: | Podać:…………………………………………………………. |
| 2. | Model/typ: | Podać:…………………………………………………………. |
| **PARAMETRY TECHNICZNE** | | |
| 3. | Trenażer do ćwiczenia procedur badania fizykalnego | TAK |
| 4. | Odtworzony z anatomicznymi szczegółami tors dorosłego mężczyzny do ćwiczenia badania palpacyjnego, osłuchiwania i opukiwania jamy brzusznej | TAK |
| 5. | Zestaw zawiera minimum:  - tors z brzuchem, miednicą i częścią klatki piersiowej  - zestaw śledzion (lekko powiększona, powiększona)  - zestaw wątrób (lekko powiększona, powiększona, ze zmianami nowotworowymi)  - powiększone nerki  - pełny pęcherz moczowy  - zmiany nowotworowe – minimum 4 rodzaje  - moduł do symulacji wzdęcia  - moduł do symulacji wodobrzusza  - moduł aorty (normalna, tętniak aorty) | TAK |
| 6. | Możliwość osłuchiwania przynajmniej 4 rodzajów szmerów płucnych.  Punktowana ilość rodzajów szmerów płucnych do osłuchiwania (0 – 4 pkt.)  4 rodzaje – 0 pkt  6 rodzajów – 2 pkt  Powyżej 6 rodzajów – 4 pkt. | TAK  Oferowana ilość rodzajów szmerów płucnych:  Podać:………………………………………………………….. |
| 7. | Możliwość osłuchiwania przynajmniej 4 rodzajów tonów serca.  Punktowana ilość rodzajów tonów serca do osłuchiwania (0 – 4 pkt.)  4 rodzaje – 0 pkt  6 rodzajów – 2 pkt  Powyżej 6 rodzajów – 4 pkt. | TAK  Oferowana ilość rodzajów tonów serca:  Podać:………………………………………………………….. |
| **GWARANCJA I WARUNKI SERWISOWE** | | |
| 8. | Okres gwarancji – minimum 24 miesięcy licząc od dnia podpisania protokołu odbioru potwierdzającego prawidłowe uruchomienie przedmiotu dostawy w infrastrukturze Zamawiającego.  Punktowany okres gwarancji (0-20 pkt):  24 miesiące – 0 pkt.  36 miesięcy – 10 pkt  60 miesięcy – 20 pkt | TAK  Oferowany okres gwarancji:  Podać: ………………………………………miesięcy |
| 9. | Przeglądy techniczne przedmiotu zamówienia w okresie gwarancji, zgodnie z wymaganiami producenta jednak nie mniej niż 2 w oferowanym okresie gwarancji (przy czym ostatni ww. przegląd nastąpi w okresie 30 dni przed upływem okresu gwarancji). Proszę podać ilość przeglądów przypadających na czas gwarancji.  Punktowana ilość przeglądów (0-10 pkt):  2 przeglądy – 0 pkt  3 przeglądy – 10 pkt | TAK  Oferowana ilość przeglądów:  Podać:………………………………………………………….. |
| 10. | Czas reakcji – przystąpienie do naprawy gwarancyjnej zgłoszonej usterki do 72 godzin w dni robocze rozumiane jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | TAK |
| 11. | Czas skutecznej naprawy bez użycia części zamiennych licząc od momentu zgłoszenia awarii - maksymalnie 72 godziny w dni robocze rozumiane jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | TAK |
| 12. | Czas skutecznej naprawy z użyciem części zamiennych licząc od momentu zgłoszenia awarii - maksymalnie 21 dni roboczych rozumiane jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.  Punktowany czas skutecznej naprawy z użyciem części zamiennych (0-10 pkt.):  do 21 dni roboczych – 0 pkt.  do 14 dni roboczych – 5 pkt.  do 7 dni roboczych – 10 pkt. | TAK  Oferowany czas skutecznej naprawy z użyciem części zamiennych:  Podać: do………………………………dni roboczych |
| 13. | Przedłużenie czasu gwarancji o czas przerwy w eksploatacji spowodowanej naprawą gwarancyjną trwającą powyżej 8 dni roboczych rozumiane jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | TAK |
| 14. | Ilość awarii sprzętu w okresie gwarancyjnym skutkująca wymianą niesprawnego modułu na nowy: 3 | TAK |
| **Pozycja 2. Trenażer do ćwiczenia procedury iniekcji śródskórnych – 6 kpl.** | | |
| 1. | Producent: | Podać:…………………………………………………………. |
| 2. | Model/typ: | Podać:…………………………………………………………. |
| **PARAMETRY TECHNICZNE** | | |
| 3. | Trenażer do ćwiczenia procedur iniekcji śródskórnych | TAK |
| 4. | Trenażer wielowarstwowy symulujący warstwę naskórka, skóry właściwej, tkanki tłuszczowej i mięśnia. | TAK |
| 5. | Trenażer umożliwia wykonanie iniekcji płynem | TAK |
| 6. | Po wykonaniu prawidłowego wkłucia śródskórnego pojawia się charakterystyczny pęcherzyk | TAK |
| 7. | W zestawie minimum 2 dodatkowe zestawy wymienne (zestaw tkanek: naskórek, skóra, tkanka tłuszczowa, mięsień).  Punktowana ilość dodatkowych zestawów wymiennych (0-5):  2 zestawy – 0 pkt  3 zestawy – 5 pkt | TAK  Oferowana ilość dodatkowych zestawów wymiennych:  Podać:…………………………………………………………. |
| **GWARANCJA I WARUNKI SERWISOWE** | | |
| 8. | Okres gwarancji – minimum 24 miesięcy licząc od dnia podpisania protokołu odbioru potwierdzającego prawidłowe uruchomienie przedmiotu dostawy w infrastrukturze Zamawiającego.  Punktowany okres gwarancji (0-20 pkt):  24 miesiące – 0 pkt.  36 miesięcy – 10 pkt  60 miesięcy 20 pkt | TAK  Oferowany okres gwarancji:  Podać: …………………………………………… miesięcy |
| 9. | Przeglądy techniczne przedmiotu zamówienia w okresie gwarancji, zgodnie z wymaganiami producenta jednak nie mniej niż 2 w oferowanym okresie gwarancji (przy czym ostatni ww. przegląd nastąpi w okresie 30 dni przed upływem okresu gwarancji). Proszę podać ilość przeglądów przypadających na czas gwarancji.  Punktowana ilość przeglądów (0-10 pkt):  2 przeglądy – 0 pkt  3 przeglądy – 10 pkt | TAK  Oferowana ilość przeglądów:  Podać:……………………………………………………….. |
| 10. | Czas reakcji – przystąpienie do naprawy gwarancyjnej zgłoszonej usterki do 72 godzin w dni robocze rozumiane jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | TAK |
| 11. | Czas skutecznej naprawy bez użycia części zamiennych licząc od momentu zgłoszenia awarii - maksymalnie 72 godziny w dni robocze rozumiane jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | TAK |
| 12. | Czas skutecznej naprawy z użyciem części zamiennych licząc od momentu zgłoszenia awarii - maksymalnie 21 dni roboczych rozumiane jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.  Punktowany czas skutecznej naprawy z użyciem części zamiennych (0-10 pkt.):  do 21 dni roboczych – 0 pkt.  do 14 dni roboczych – 5 pkt.  do 7 dni roboczych – 10 pkt. | TAK  Oferowany czas skutecznej naprawy z użyciem części zamiennych:  Podać: do ……………………………………dni roboczych |
| 13. | Przedłużenie czasu gwarancji o czas przerwy w eksploatacji spowodowanej naprawą gwarancyjną trwającą powyżej 8 dni roboczych rozumiane jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | TAK |
| 14. | Ilość awarii sprzętu w okresie gwarancyjnym skutkująca wymianą niesprawnego modułu na nowy: 3 | TAK |
| **Pozycja 3. Trenażer do ćwiczenia procedury wkłuć dożylnych – 4 kpl.** | | |
| 1. | Producent: | Podać:…………………………………………………………. |
| 2. | Model/typ: | Podać:…………………………………………………………. |
| **PARAMETRY TECHNICZNE** | | |
| 3. | Trenażer do ćwiczenia procedur wkłucia dożylnego pacjentów dorosłych odwzorowujący cechy ciała ludzkiego takie jak wygląd i rozmiar fizjologiczny. Trenażer w postaci ręki osoby dorosłej z możliwością wkłucia w dole łokciowym i grzbiecie dłoni. | TAK |
| 4. | Trenażer umożliwia wkłucia w strukturę odpowiadającą żyłom odpromieniowej, pośrodkowej, odłokciowej, przedłokciowej, żyły łuku dłoniowego. | TAK |
| 5. | System żył trenażera wypełniony sztuczną krwią zwiększający realizm przeprowadzanego ćwiczenia. | TAK |
| 6. | System automatycznej pompy umożliwiającej napełnienie systemu żył sztuczną krwią i utrzymania ciśnienia.  Punktowana funkcja regulacji ciśnienia sztucznej krwi (0-5):  Brak funkcji – 0 pkt,  Jest funkcja – 5 pkt. | TAK  **BRAK FUNKCJI / JEST FUNKCJA\***  ***\*Niewłaściwe skreślić*** |
| 7. | Możliwość aspiracji krwi i wykonaniu wlewu dożylnego. | TAK |
| 8. | W zestawie minimum 2 dodatkowe zestawy wymienne (system żył i skóra ręki).  Punktowana ilość dodatkowych zestawów wymiennych (0-5 pkt):  2 zestawy – 0 pkt,  3 zestawy – 5 pkt. | TAK  Oferowana ilość dodatkowych zestawów wymiennych:  Podać:…………………………………………………………. |
| **GWARANCJA I WARUNKI SERWISOWE** | | |
| 9. | Okres gwarancji – minimum 24 miesięcy licząc od dnia podpisania protokołu odbioru potwierdzającego prawidłowe uruchomienie przedmiotu dostawy w infrastrukturze Zamawiającego.  Punktowany okres gwarancji (0-20 pkt):  24 miesiące – 0 pkt.  36 miesięcy – 10 pkt  60 miesięcy 20 pkt | TAK  Oferowany okres gwarancji:  Podać:………………………………………miesięcy |
| 10. | Przeglądy techniczne przedmiotu zamówienia w okresie gwarancji, zgodnie z wymaganiami producenta jednak nie mniej niż 2 w oferowanym okresie gwarancji (przy czym ostatni ww. przegląd nastąpi w okresie 30 dni przed upływem okresu gwarancji). Proszę podać ilość przeglądów przypadających na czas gwarancji.  Punktowana ilość przeglądów (0-10 pkt):  2 przeglądy – 0 pkt  3 przeglądy – 10 pkt | TAK  Oferowana ilość przeglądów:  Podać:………………………………………………………….. |
| 11. | Czas reakcji – przystąpienie do naprawy gwarancyjnej zgłoszonej usterki do 72 godzin w dni robocze rozumiane jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | TAK |
| 12. | Czas skutecznej naprawy bez użycia części zamiennych licząc od momentu zgłoszenia awarii - maksymalnie 72 godziny w dni robocze rozumiane jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | TAK |
| 13. | Czas skutecznej naprawy z użyciem części zamiennych licząc od momentu zgłoszenia awarii - maksymalnie 21 dni roboczych rozumiane jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.  Punktowany czas skutecznej naprawy z użyciem części zamiennych (0-10 pkt.):  do 21 dni roboczych – 0 pkt.  do 14 dni roboczych – 5 pkt.  do 7 dni roboczych – 10 pkt. | TAK  Oferowany czas skutecznej naprawy z użyciem części zamiennych:  Podać: do ……………………………………dni roboczych |
| 14. | Przedłużenie czasu gwarancji o czas przerwy w eksploatacji spowodowanej naprawą gwarancyjną trwającą powyżej 8 dni roboczych rozumiane jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | TAK |
| 15. | Ilość awarii sprzętu w okresie gwarancyjnym skutkująca wymianą niesprawnego modułu na nowy: 3 | TAK |

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

podpis (imię i nazwisko)

**osoby(osób) uprawnionej(ych)**

do reprezentowania Wykonawcy