**Przetarg nr UMW / IZ / PN - 32 / 19 część E Załącznik nr 2 E do Siwz**

***(po korekcie - 10. 05. 2019 r.)***

**Arkusz Informacji Technicznej**

**Poz. 1**

Producent, Kraj ........................................................................................................................

Model .........................................................................................................

Rok produkcji: 2018/2019

|  |
| --- |
| **TRENAŻER tracheotomii****sztuk 4** |
| **L.p.** | **Specyfikacja techniczna.** | **Wymagania graniczne\* i/lub ocena punktowa.** | **Parametry oferowane(Proszę opisać oraz podać zakresy, jeśli dotyczy. W przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów).** |
| DANE PODSTAWOWE |
|  | Trenażer do ćwiczenia procedur przecinania lub nakłuwania więzadła pierścienno-tarczkowego krtani osoby dorosłej. | TAK |  |
|  | Trenażer z poprawnie anatomicznymi szczegółami umożliwiającymi prawidłową lokalizację miejsca przecięcia lub nakłucia krtani. | TAK |  |
|  | Wymienna skóra szyi oraz krtań do wielokrotnego nacinania lub nakłuwania.  | TAK |  |
|  | Symulowane płuca napełniające się przy prawidłowo wykonanej wentylacji przez krtań | TAK |  |
| WYPOSAŻENIE DODATKOWE |
|  | W zestawie minimum 135 do każdego trenażera, dodatkowych zestawów wymiennych (krtań i skóra szyi). | TAK |  |
| GWARANCJA I WARUNKI SERWISOWE |
|  | Okres gwarancji – minimum 24 miesiące licząc od dnia podpisania protokołu odbioru potwierdzającego prawidłową dostawę przedmiotu w infrastrukturze Zamawiającego. | TAK |  |
| Punktacja (0-10):24 miesiące – 0 pkt.,25–36 miesięcy – 5 pkt.,powyżej 36 miesięcy – 10 pkt. |
|  | Przeglądy techniczne przedmiotu zamówienia w okresie gwarancji, zgodnie z wymaganiami producenta (przy czym ostatni ww. przegląd nastąpi w okresie 30 dni przed upływem okresu gwarancji). Proszę podać ilość przeglądów przypadających na czas gwarancji. | TAK |  |
| Punktacja (0–10):1 przegląd – 0 pkt.,2 przeglądy – 5 pkt.,3 lub więcej przeglądów – 10 pkt. |  |
|  | Punkty serwisowe, lokalizacja (adres, nr tel. i fax). Proszę podać. | TAK |  |
|  | Czas reakcji – przystąpienie do naprawy gwarancyjnej zgłoszonej usterki do maksimum 72 godzin w dni robocze rozumiane jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | TAK |  |
| Punktowany czas reakcji serwisowej (0-10):do 72 godzin – 0 pkt.,do 48 godzin – 5 pkt.,do 24 godzin – 10 pkt. |
|  | 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 |  |
| Punktowany czas naprawy (0-10):do 72 godzin – 0 pkt.,do 48 godzin – 5 pkt.,do 24 godzin – 10 pkt. |
|  | Czas skutecznej naprawy z użyciem części zamiennych licząc od momentu zgłoszenia awarii - maksymalnie 15 dni roboczych rozumiane jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | TAK |  |
| Punktowany maksymalny czas naprawy z użyciem części zamiennych (0-10):do 15 dni – 0 pkt.,do 10 dni – 5 pkt.,do 5 dni – 10 pkt. |
|  | 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 |  |
|  | Ilość awarii sprzętu w okresie gwarancyjnym skutkująca wymianą niesprawnego modułu na nowy. | Punktacja (0–10):powyżej 3 awarii – 0 pkt.,3. awarie – 5 pkt.,2. awarie – 10 pkt. |  |
|  | Okres dostępności części zamiennych od daty podpisania protokołu odbioru przez minimalnie 5 lat. | TAK |  |
|  | Godziny i sposób przyjmowania zgłoszeń o awariach, proszę podać. | TAK |  |

Poz. 2

Producent, Kraj ........................................................................................................................

Model .........................................................................................................

Rok produkcji: 2018/2019

|  |
| --- |
| **Fantom do drenażu klatki piersiowej****sztuk 4** |
| **L.p.** | **Specyfikacja techniczna** | **Wymagania graniczne\* i/lub ocena punktowa.** | **Parametry oferowane****(Proszę opisać oraz podać zakresy, jeśli dotyczy.****W przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów).** |
| **DANE PODSTAWOWE** |
| 1. | Trenażer odbarczania odmy prężnej i drenażu opłucnej w postaci torsu osoby dorosłej z uniesionymi rękami.  | TAK |  |
| 2. | Charakterystyczne cechy anatomiczne tkanki kostnej i miękkiej co najmniej: - spojenie rękojeści mostka,- obojczyki,- żebra,- mięsień piersiowy większy,- mięsień najszerszy grzbietu,- sutki. | TAK |  |
| 3. | Obustronne wkładki do drenażu i odbarczania klatki piersiowej | TAK |  |
| **Możliwości trenażera** |
| 4. | Obustronne odbarczenie odmy prężnej (zarówno w 2-giej i 5-tej przestrzeni międzyżebrowej) i drenaż klatki piersiowej (w 5-tej przestrzeni międzyżebrowej).  | TAK |  |
| 5. | Wprowadzanie drenu do klatki piersiowej z nacięciem skóry, rozpoznawaniem prawidłowego położenia, chirurgiczne nacięcie, rozpreparowanie tkanek ściany klatki piersiowej na tępo, perforacja opłucnej i kontrola palcem jamy opłucnej.  | TAK |  |
| 6.  | Potwierdzenie odmy, wprowadzanie drenu do klatki piersiowej odbywa się pod kontrolą klinicznego aparatu USG. |  |  |
| 7.  | Przyszycie drenu do ściany klatki piersiowej. | TAK |  |
| 8. | Symulacja odbarczenia zapewniające realistyczne wrażenie uwalniania powietrza po wprowadzeniu igły. | TAK |  |
| 9. | Symulacja wysięku w opłucnej, możliwość napełnienia zbiorników płynem lub sztuczną krwią. | TAK |  |
| **WYPOSAŻENIE DODATKOWE** |
| 10. | Minimum 300 dodatkowych standardowych wkładek do odbarczania odmy i drenażu opłucnej w 5 przestrzeni międzyżebrowej z możliwością zaszywania drenu dla wszystkich trenażerów  | TAK |  |
| 11. | Zestaw jednorazowy grawitacyjny do drenażu klatki piersiowej (nie zawierający narzędzi chirurgicznych) co najmniej 3sztuki dla każdego trenażera.  | TAK |  |
| **WARUNKI GWARANCYJNE** |
| 12. | Okres gwarancji – minimum 24 miesiące licząc od dnia podpisania protokołu odbioru potwierdzającego prawidłową dostawę przedmiotu w infrastrukturze Zamawiającego. | TAK |  |
| Punktacja (0-10):24 miesiące – 0 pkt.,25–36 miesięcy – 5 pkt.,powyżej 36 miesięcy – 10 pkt. |
| 13. | (skreślony) |  |  |
| 14. | Punkty serwisowe, lokalizacja (adres, nr tel. i fax). Proszę podać. | TAK |  |
| 15. | Czas reakcji – przystąpienie do naprawy gwarancyjnej zgłoszonej usterki do maksimum 72 godzin w dni robocze rozumiane jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | Punktowany czas reakcji serwisowej (0-10):do 72 godzin – 0 pkt.,do 48 godzin – 5 pkt.,do 24 godzin – 10 pkt. |
| 16. | 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 |  |
| Punktowany czas naprawy (0-10):do 72 godzin – 0 pkt.,do 48 godzin – 5 pkt.,do 24 godzin – 10 pkt. |
| 17. | Czas skutecznej naprawy z użyciem części zamiennych licząc od momentu zgłoszenia awarii - maksymalnie 15 dni roboczych rozumianych jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | TAK |  |
| Punktowany maksymalny czas naprawy z użyciem części zamiennych (0-10):do 15 dni – 0 pkt.,do 10 dni – 5 pkt.,do 5 dni – 10 pkt. |
| 18. | Przedłużenie czasu gwarancji o czas przerwy w eksploatacji spowodowanej naprawą gwarancyjną trwającą powyżej 8 dni roboczych rozumianych jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | TAK |  |
| 19. | Ilość awarii sprzętu w okresie gwarancyjnym skutkująca wymianą niesprawnego modułu na nowy. | Punktacja (0–10):powyżej 3 awarii – 0 pkt.,3. awarie – 5 pkt.,2. awarie – 10 pkt. |  |
| 20. | Okres dostępności części zamiennych od daty podpisania protokołu odbioru przez minimalnie 5 lat. | TAK |  |
| 21. | Godziny i sposób przyjmowania zgłoszeń o awariach, proszę podać. | TAK |  |

 Data Podpis Wykonawcy