Przetarg nr UMW / AZ / PN – 81 / 18 Załącznik nr 2 B do Siwz

Poz. 1

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

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

|  |
| --- |
| **FANTOM NOWORODKA DO NAUKI DOSTĘPU NACZYNIOWEGO6 KOMPLETÓW** |
| **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** |
|  | **Model noworodka o odwzorowanej anatomii ciała z zachowaniem struktur naczyń żylnych.** | **TAK** |  |
|  | **Możliwość wykonania wkłuć dożylnych w obrębie kończyn dolnych i górnych oraz głowy i szyi w celu pobrania krwi i/lub podania leku.** | **TAK** |  |
|  | **Możliwość cewnikowania pępowiny.** | **TAK** |  |
|  | **Opieka neonatologiczna w zakresie minimum:****- odsysanie nosogardzieli,** **- dawkowanie lekarstw,**  | **TAK** |  |
|  | **Minimum 5 kompletów wymiennej skóry kończyn i głowy w zestawie.** | **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 .........................................................................................................

|  |
| --- |
| **FANTOM NIEMOWLĘCIA DO NAUKI DOSTĘPÓW DOŻYLNYCH3 KOMPLETY** |
| **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** |
|  | **Model niemowlęcia o odwzorowanej anatomii ciała z zachowaniem struktur naczyń żylnych.** | **TAK** |  |
|  | **Możliwość wykonania wkłuć dożylnych w obrębie kończyn dolnych i górnych oraz głowy i szyi w celu pobrania krwi i/lub podania leku.** | **TAK** |  |
|  | **Opieka pediatryczna w zakresie minimum:****- odsysanie nosogardzieli,** **- dawkowanie lekarstw,**  | **TAK** |  |
|  | **Minimum 2 komplety wymiennej skóry kończyn i głowy w zestawie.** | **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** |  |

**UWAGA:**

**\* Słowo „TAK” oznacza warunek graniczny, który jest bezwzględnie wymagany. Niespełnienie któregokolwiek z minimalnych parametrów lub funkcji, podanych w rubryce „Wymagania graniczne…”, spowoduje odrzucenie oferty.**

Data Pieczęć i podpis Wykonawcy