

Formularz oferty **MODYFIKACJA NR 1**

Sprawa: DAM-2416-19/2024

I. Nazwa i adres Zamawiającego:

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w Szczecinie, ul. Unii Lubelskiej 1, 71-252 Szczecin

II. Nazwa przedmiotu zamówienia:

Dostawa inkubatora wraz z wytrząsarką – 1 zestaw

Tabela 1. Parametry techniczne oferowanego urządzenia

L.P.	NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - DANE TECHNICZNE	PARAMETR OFEROWANY
A	INKUBATOR	
	NAZWA PRODUKTU	
	TYP	
	NR KATALOGOWY	
	NAZWA PRODUCENTA	
	KRAJ POCHODZENIA PRODUKTU	
1.	Wymiary max.: 605 x 865 x 610 mm (szer x wys x gł).	
2.	Głośność: max. 60 dB.	
3.	<i>usunięty</i>	
4.	Minimalny zakres ustawianych temperatur: od +20°C do +32°C	
5.	Zasilanie 220-230V, 50-60Hz.	
6.	Powłoka proszkowa odporna na bakterie lub stal nierdzewna typ 18/10 AISI 304 wewnątrz i wstępnie powlekana stal o działaniu bakteriostatycznym	
7.	Czujnik temperatury wykonany ze stali nierdzewnej.	
8.	Izolacja piankowa.	
9.	<i>usunięty</i>	
10.	<i>usunięty</i>	
11.	Zasilanie do wytrząsarki (współpraca z urządzeniem opisanym w części B)	
12.	Panel kontrolny urządzenia - kolorowy ekran dotykowy, prezentujący funkcje:	
a	wyświetlanie aktualnej temperatury w komorze	
b	wyświetlanie bieżącego stanu alarmowego	
c	wyświetlanie niezatwierdzonych alarmów	
d	ustawienia chronione hasłem	
e	alarm zasilania	
f	alarm otwartych drzwi	
g	alarm zbyt niskiej i zbyt wysokiej temperatury	
h	graficzny wykres temperatury w komorze minimum z ostatnich 24 godzin	
i	awaryjne zasilanie akumulatorowe pozwalające na pracę ekranu wraz z funkcjami alarmowymi na minimum 12 godzin	
j	alarm niskiego poziomu baterii zasilania awaryjnego	
k	kontrola i monitorowanie pracy podłączonej wytrząsarki w zakresie min. jej ruchu	
l	funkcja kopiowania gromadzonych danych do pamięci typu USB	
13.	Automatyczny system stop/start zatrzymujący wytrząsarkę w momencie otwarcia drzwi i	

	automatycznie przywracającej pracę po zamknięciu drzwi.		
B	WYTRZĄSARKA		
	NAZWA PRODUKTU		
	TYP		
	NR KATALOGOWY		
	NAZWA PRODUCENTA		
	KRAJ POCHODZENIA PRODUKTU		
1.	Urządzenie kompatybilne z inkubatorem oferowanym w części A		
2.	Ciągłe i łagodne mieszanie wymagane przy preparatach płytkowych.		
3.	Pojemność: min. 4 max. 7 worków (pojemników) na płytki krwi z aferezy lub min. 15 max. 24 worki (pojemniki) na płytki krwi z krwi pełnej Półki o konstrukcji zapobiegającej wypadaniu worków/pojemników.		
4.	<i>usunięty</i>		
5.	Przestrzeń robocza regulowana.		
6.	Zasilanie 220-230V, 50-60Hz.		
7.	<i>usunięty</i>		
8.	<i>usunięty</i>		
9.	Głośność max.: 50 dB.		
10.	Przycisk włączenia/wyłączenia zasilania.		
11.	Alarm dźwiękowy i wizualny braku zasilania oraz braku ruchu.		
12.	<i>usunięty</i>		
	Drzwiczki blokujące się podczas otwierania zapewniające bezpieczne wyciągnięcie pojemnika/worka z KPP.		
PARAMETRY TECHNICZNE PUNKTOWANE			
1.	Inkubator wyposażony w tarczowy rejestrator temperatury (minimalne funkcjonalności): -bez użytku tuszu, z zastosowaniem papieru wrażliwego na nacisk -zakres temperatury min. 0° do +35°C -napęd elektroniczny -back up baterii zapewniający ciągłe działanie -przyciski membranowe umożliwiające zmianę tarczki i kalibrację -wskaźnik naładowania baterii -czujnik temperatury wykonany ze stali nierdzewnej	TAK – 50 pkt. NIE – 0 pkt.	
2.	<i>Inkubator: Zużycie energii: max. 1,5 kWh/dzień.</i>	<i>TAK – 1 pkt. NIE – 0 pkt.</i>	
3.	<i>Inkubator: Układ chłodzenia bez czynnika chłodniczego.</i>	<i>TAK – 5 pkt. NIE – 0 pkt.</i>	
4.	<i>Inkubator: Drzwi zamykane na klucz i/lub zabezpieczenie otwarcia za pomocą hasła</i>	<i>TAK – 2 pkt. NIE – 0 pkt.</i>	
5.	<i>Wytrząsarka: Szybkość wytrząsania regulowana przez użytkownika, do poziomu min. 60 cykle/min. lub stała 60 cykli/min. (podać ilość cykli)</i>	<i>TAK (regulowana) - 5 pkt. NIE (stała) – 0 pkt.</i>	
6.	<i>Wytrząsarka: Zużycie energii max.: 0,35 kWh/dzień.</i>	<i>TAK – 1 pkt. NIE – 0 pkt.</i>	
7.	<i>Wytrząsarka: Głośność max.: 50 dB.</i>	<i>TAK – 1 pkt. NIE – 0 pkt.</i>	
8.	<i>Wytrząsarka: Awaryjne zasilanie akumulatorowe pozwalające na pracę układu alarmowego max. 2 godzin.</i>	<i>TAK – 10 pkt. NIE – 0 pkt.</i>	

Miejsce dostawy, instalacji i uruchomienia: Bank Krwi

WARUNKI DOSTAWY I SERWISU GWARANCYJNEGO		Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Rok produkcji oferowanych urządzeń – 2024.	TAK	
2.	Oświadczam, że oferowane produkty są fabrycznie nowe, kompletne i będą po zainstalowaniu gotowe do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).	Potwierdzić	
3.	Okres gwarancji jakości (gwarancja) min. 24 max. 60 miesięcy od daty podpisania protokołu odbioru.	TAK, podać okres gwarancji	
4.	Dostawa montaż i instalacja urządzeń / sprzętów przez upoważnionego pracownika Wykonawcy w miejsce wskazanym przez Zamawiającego .	TAK - potwierdzić	
5.	W okresie gwarancji obowiązkowo dokonać nieodpłatnie przeglądy techniczne (nie mniej niż wynika z zaleceń i wskazań producenta, ostatni przegląd na koniec okresu gwarancyjnego); przeglądy każdorazowo potwierdzone raportem serwisowym określającym szczegółowy zakres wykonanych czynności.	TAK, podać ilość i częstotliwość przeglądów	
6.	Szczegółowy zakres przeglądów urządzeń medycznych	podać	
7.	W okresie gwarancji, po wykonaniu max. 3 napraw gwarancyjnych tego samego podzespołu / urządzenia wymaga się wymiany tego podzespołu / urządzenia na nowe.	TAK - potwierdzić	
8.	Czas naprawy urządzenia wynosi max. 5 dni od zgłoszenia emailem, faxem bądź tel. na wskazany numer (dotyczy dni roboczych). Termin może ulec wydłużeniu o czas niezbędny do sprowadzenia uszkodzonego elementu, jednak nie dłużej łącznie niż do 10 dni roboczych – Wykonawca ma obowiązek dostarczenia urządzenia zastępczego najpóźniej w 5 dniu roboczym od zgłoszenia.	TAK - potwierdzić	
9.	Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie UE.	TAK, Podać dane adresowe	
10.	Wraz z dostawą przedmiotu zamówienia wymagane dokumenty: a) Instrukcja obsługi w języku polskim (lub przetłumaczona na język polski) w formie wydrukowanej i w wersji elektronicznej na nośniku danych (płyta CD/DVD lub pamięć USB). b) Deklaracje zgodności dla wyrobu medycznego	TAK - potwierdzić	
11.	Wypełnione karty gwarancyjne oraz paszporty techniczne na każde urządzenie, które tego wymaga.	TAK - potwierdzić	
12.	Gwarancja produkcji części zamiennych na min. 10 lat od dostawy.	TAK – potwierdzić	
13.	Instruktaż obsługowy, szkolenie dla personelu medycznego (minimum 4 osoby) w miejscu użytkowania sprzętu zakończone protokołem.	TAK podać	
14.	Oświadczam, że oferowany wyrób medyczny: został zgłoszony Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub został wpisany do rejestru wyrobów medycznych i podmiotów odpowiedzialnych za ich wprowadzenie do obrotu, lub że dokonano powiadomienia Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych o wyrobie w trybie art. 138 ustawy o wyrobach medycznych oraz oświadczam, że ww. dokumenty złożę na każde żądanie Zamawiającego.	Podać właściwe	
15.	Oświadczam, że oferowane w zestawie wyroby medyczne posiadają deklaracje zgodności oraz że ww. dokumenty złożę na każde żądanie Zamawiającego.	potwierdzić	

III. Nazwa i adres Wykonawcy:

.....
.....
NIP

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za ogólną kwotęzł brutto, w tym:
 - a) cena netto: zł
słownie netto: zł
 - b) podatek VAT:zł

Wykonawca zobowiązany jest do sporządzenia i załączenia wraz z ofertą na wykonanie zamówienia szczegółowego formularza cenowego w formie tabeli według następującego wzoru:

L.P.	Przedmiot zamówienia/ parametry	Ilość/ jedno stka miary	Cena jednostko wa netto	Cena jednostkowa brutto	VAT	Wartość netto (ilość x cena jednostkowa netto)	Wartość brutto (wartość netto plus wartość podatku VAT)	Wartość podatku VAT (zł) – różnica pomiędzy wartością brutto, a wartością netto	Producent/ nr katalogowy bądź jego brak
Inkubator wraz z wytrząsarką – 1 zestaw									
A.	INKUBATOR	1							
B.	WYTRZĄSARKA	1							
ŁĄCZNA WARTOŚĆ OFERTY									

Brak szczegółowego formularza cenowego spowoduje automatyczne odrzucenie oferty.

2. Deklaruję ponadto:
 - a) Termin dostawy:
 - b) Termin gwarancji:
 - c) Warunki płatności: przelew, 30 dni
3. Załącznikami do niniejszego formularza są:
 - a) **Katalog, broszura informacyjna, instrukcja obsługi, karta charakterystyki, bądź inny dokument w języku polskim lub przetłumaczony na język polski potwierdzający, że oferowany produkt spełnia wymagania określone w opisie przedmiotu zamówienia z zaznaczeniem wszystkich oferowanych parametrów danego produktu opisanych w Tabeli 1. Parametry techniczne oferowanego urządzenia**
 - b) Deklaracja zgodności dla wyrobu medycznego.

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęć, podpis Wykonawcy)