**Załącznik nr 2**

**ZESTAWIENIE ASORTYMENTOWO – CENOWE,**

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia**

*Cena brutto (zł), będąca podstawą do wyliczenia punktów za cenę – otrzymujemy ze wzoru: Wartość jednostkowa netto(zł) razy Ilość – daje Wartość netto (zł), z której to wartości liczymy podatek vat i po dodaniu podatku vat do wartości netto otrzymujemy Cenę brutto (zł).*

|  |
| --- |
| **PAKIET NR 1 – Dostawa wyrobów do hemofiltracji, leczenia nerkozastępczego wraz z świadczeniem usług serwisowych, wykonywanie przeglądów okresowych aparatów do dializy albuminowej i aparatów do hemodializy produkcji firmy Gambro AB.****CPV: 33181500-7, 33181520-3, 33140000-3, 50400000-9** |
| **l.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Kod** | **j.m.** | **Wartość jednostkowa netto [zł]** | **Cena jednostkowa brutto[zł]** | **Ilość**  | **Wartość netto[zł]** | **Cena brutto[zł]** | **min. termin ważności** | ***Nazwa producenta/ Nazwa handlowa/ numer katalogowy/******Wielkość opakowania***  |
| 1. | Zestaw do technik ciągłych nerko zastępczych ST 100/150 | Kod 107636/ 107640/ | Zestaw |  |  | **188** |  |  | 24 miesiące |  |
| 2. | Filtr - Zestaw do plazmaferezy TPE2000 Prismaflex, | Kod 107144 | Zestaw |  |  | **4** |  |  | 24 miesiące |  |
| 3. | Zestaw SEPTEX – zestaw do eliminacji mediatorów pozapalnych wywołanych w trakcie sepsy stosowany w II fazie, | kod 112017 | Zestaw |  |  | **2** |  |  | 24 miesiące |  |
| 4. | Zestaw OXIRIS – zestaw do eliminacji mediatorów pozapalnych wywołanych w trakcie Sepsy – stosowany w I fazie, | Kod 112016 | Zestaw |  |  | **35** |  |  | 24 miesiące |  |
| 5. | Dodatkowe worki spustowe do aparatów Prismaflex –5l, | kod 106690 | szt. |  |  | **362** |  |  | 36 miesięcy |  |
| 6. | Dodatkowe worki spustowe do aparatów Prismaflex 9l | SP 418 107650 | szt. |  |  | **25** |  |  | 36 miesięcy |  |
| 7. | Dren do Prismaflex do podaży wapnia CA 250, | Gambro CA 250 113763 | szt. |  |  | **270** |  |  | 36 miesięcy |  |
| 8. | Linia do podgrzewacza do aparatu Prismaflex, | kod 107620 | szt |  |  | **36** |  |  | 36 miesięcy |  |
| 9. | Złącze Y do worków 5 – litrowych |  | szt. |  |  | **10** |  |  | 36 miesięcy |  |
| **RAZEM :** |  |  |  |

|  |
| --- |
| **PRZEGLĄDY – Pakiet nr 1** |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **TYP** | **Nr seryjny** | **Częstotliwość wykonywania przeglądów** | **Wartość jednostkowa netto [zł]** | **Cena jednostkowa brutto[zł]** | **Ilość**  | **Wartość netto[zł]** | **Cena brutto[zł]** |
| 10. | Przewoźny zestaw hemofiltrujący + podgrzewacz | PrismaflexPRISMA-COMFORT | PA1267/1256173 | 1 raz/ rok |  |  | **1** |  |  |
| 11. | Aparat do hemodializy | Prismaflex | PA1336 | 1 raz/ rok |  |  | **1** |  |  |
| 12. | Aparat do dializy albuminowej | MARS1TC | 100327 | 1 raz/ rok |  |  | **1** |  |  |
| 13. | ZESTAW: Aparat do terapii nerkozastepczej + podgrzewacz | Prismaflex | 57051252378 | 1 raz/ rok |  |  | **1** |  |  |
| 14. | Zestaw przeglądowy G5010006 |  |  | 1 |  |  | **3** |  |  |
| **RAZEM PRZEGLĄDY:** |  |  |

|  |
| --- |
| **NAPRAWY – Pakiet nr 1** |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Częstotliwość wykonywania przeglądów** | **Wartość jednostkowa netto [zł]** | **Cena jednostkowa brutto[zł]** | **Ilość**  | **Wartość netto[zł]** | **Cena brutto[zł]** |
| 15. | Wykonanie naprawy (wymiana części, testy sprawdzające, kalibracje, regulacje, itp.) | roboczogodzina |  |  | **15** |  |  |
| 16. | Koszt dojazdu (jednorazowo) | szt. |  |  | **6** |  |  |
| 17. | Cennik części zamiennych dla zestawów i aparatów w zależności od potrzeb. Wykonawca powinien wyszczególnić i załączyć wykaz części najczęściej podlegających wymianie **do kwoty 20 000,00**. W przypadku awarii części nie wyszczególnionych w ofercie wykonawca ma obowiązek przed ich wymianą dostarczyć zamawiającemu ofertę cenową i po akceptacji kosztów dokonać wymiany. | **-** | **-** | **-** | **-** | 16 260,16  | 20 000,00  |
| **RAZEM NAPRAWY:** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OGÓŁEM PAKIET NR 1 (Dostawy + Przeglądy + Naprawy):** |  |  |

.…………….… dnia…………..……… ………...............................................................................

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo

**Załącznik nr 2**

**ZESTAWIENIE ASORTYMENTOWO – CENOWE,**

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia wraz z wymaganymi parametrami granicznymi**

*Cena brutto (zł), będąca podstawą do wyliczenia punktów za cenę – otrzymujemy ze wzoru: Wartość jednostkowa netto(zł) razy Ilość – daje Wartość netto (zł), z której to wartości liczymy podatek vat i po dodaniu podatku vat do wartości netto otrzymujemy Cenę brutto (zł).*

|  |
| --- |
| **PAKIET NR 2 - Dostarczanie sprzętu jednorazowego do hemofiltracji, leczenia nerkozastępczego wraz z najmem dwóch aparatów do ciągłych terapii nerkozastępczych i plazmaferezy.****CPV: 33181500-7, 33181520-3, 33140000-3, PA01-7** |
| **l.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **j.m.** | **Wartość jednostkowa netto [zł]** | **Cena jednostkowa brutto[zł]** | **Ilość** | **Wartość netto[zł]** | **Cena brutto[zł]** | **min. termin ważności** | ***Nazwa producenta/ Nazwa handlowa/ numer katalogowy/******Wielkość opakowania***  |
| 1. | **Najem dwóch aparatów** do ciągłych terapii nerkozastępczych oraz plazmaferezy wraz z podgrzewaczem i aktywną opcją antykoagulacji heparynowej i cytrynianowej (przy terapii hemodiafiltracji), z możliwością stosowania filtrów eliminujących endotoksyny i cytokiny w sepsie.  | miesiąc |  |  | **12**  |  |  | **--** | **--** |
| miesiąc |  |  | **12**  |  |  | **--** | **--** |
| 2. | Zestaw do zabiegów nerkozastępczych z użyciem cytrynianów lub heparyny, w zestawie: dren tętniczy, żylny, substytucyjny, dializacyjny, PBP, heparynowy; worek ściekowy 5l, igły plastikowe, hemofiltr z błoną o pow. 1,5 m2, kompatybilny z aparatem opisanym w poz. 1 | Zestaw |  |  | **12** |  |  | 24 miesiące |  |
| 3. | Zestaw do plazmaferezy dla dorosłych zawierający kasetę z filtrami zestawu drenu i **workiem** ściekowym.  | Zestaw |  |  | **12** |  |  | 24 miesiące |  |
| 4. | Płyn antykoagulacyjny z zawartością cytrynianu, worek 5 litr. O zawartości cytrynianów 18 mmol/l. Połączenie zestawu do zabiegów z workiem przez port z dużą gumową membraną przekłuwaną plastikową igłą, bez konieczności przełamywania zawleczki. Skład: Sód 140 mmol/l, Chlorki 86 mmol/l., Kompatybilny z aparatem opisanym w poz. 1.  | szt. |  |  | **200** |  |  | 12 miesięcy |  |
| 5. | Płyn dializacyjny bezwapniowy stosowany wraz z płynem z płynem z zawartością cytrynianów; worek dwukomorowy 5 l. Połączenie dwukomorowy 5 l. Połączenie zestawu do zabiegów z workiem przez port z dużą gumową membraną przekłuwaną plastikową igłą, bez konieczności przełamywania zawleczki. Skład: Wodorowęglan 22 mmol/l, Glukoza 6,1 mmol/l, Mleczany 3 mmol/l, Chlorki 120,5 mmol/l, Potas 4 mmol/l. Kompatybilny z aparatem opisanym w poz. 1.  | szt.  |  |  | **200**  |  |  | 18 miesięcy |  |
| 6. | Płyn substytucyjny, dializacyjny stosowany w ostrej niewydolności nerek; worek dwukomorowy 5 l., o zawartości HPO42- 1,2 mmol/l, K+ 4 mmol/l, HCO3- 30 mmol/l. Połączenie zestawu do zabiegów z workiem ma się odbywać przez port z dużą gumową membraną przekłuwaną plastikową igłą, bez konieczności przełamywania zawleczki. Kompatybilny z aparatem opisanym w poz. 1. | szt.  |  |  | **60** |  |  | 18 miesięcy |  |
| 7. | LINIA CA 250 do podaży wapnia | szt. |  |  | **12** |  |  | 36 miesięcy |  |
| **RAZEM PAKIET NR 2:** |  |  |  |

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH Parametry bezwzględnie wymagane**

**PAKIET NR 2 POZ. 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis aparatu** | Parametr graniczny\* | **Potwierdzenie spełniania parametrów, Opis** |
| 1.  | Wykonywane zabiegi: SCUF, CVVH, CVVHD, CVVHDF, TPE, HP | **TAK** |  |
| 2. | Możliwość wykonania zabiegu hemofiltracji z równoczesną PRE i POST dylucją z wykorzystaniem antykoagulacji heparynowej i cytrynianowej | **TAK** |  |
| 3. | Możliwość wykonania zabiegu hemodiafiltracji z równoczesną PRE i POST dylucją z wykorzystaniem antykoagulacji heparynowej i cytrynianowej | **TAK** |  |
| 4. | Możliwość wyboru dylucji: przed filtrem lub za filtrem | **TAK** |  |
| 5. | Pompa i waga antykoagulantu cytrynianowego lub dodatkowego płynu suplementującego, o dokładności kalibracji +/- 1g | **TAK** |  |
| 6. | Pompa krwi | **TAK** |  |
| 7. | Pompa i waga dializatu o dokładności kalibracji +/- 1g | **TAK** |  |
| 8. | Pompa i waga substytucji o dokładności kalibracji +/- 1g | **TAK** |  |
| 9. | Pompa i waga ściekowa o dokładności kalibracji +/- 1g | **TAK** |  |
| 10. | Pamięć zdarzeń 90 godzin | **TAK** |  |
| 11. | Układ podgrzewający krew wracającą do pacjenta | **TAK** |  |
| 12. | Graficzne monitorowanie wszystkich ciśnień podczas zabiegu | **TAK** |  |
| 13. | Możliwość wprowadzenia danych pacjenta (imię, nazwisko, waga, hematokryt) | **TAK** |  |
| 14. | Pomiar ciśnień: pobierania krwi, filtra, zwrotu krwi, odpływu z filtra, spadku ciśnienia na filtrze oraz TMP | **TAK** |  |
| 15. | Automatyczna identyfikacja założonego filtra | **TAK** |  |
| 16. | Automatyczna identyfikacja punktu pracy (dostępu naczyniowego) – praca na dodatnim lub ujemnym ciśnieniu dostępu | **TAK** |  |
| 17. | Zacisk bezpieczeństwa na drenie powrotnym | **TAK** |  |
| 18. | Czujnik przecieku krwi | **TAK** |  |
| 19. | Czujnik obecności powietrza we krwi | **TAK** |  |
| 20. | Archiwizacja zabiegu na zewnętrznym nośniku pamięci | **TAK** |  |
| 21. | Kolorowy ekran dotykowy min. 12’’ | **TAK** |  |
| 22. | Złącza RS232 oraz Ethernet do komunikacji z urządzeniami zewnętrznymi | **TAK** |  |
| 23. | Zintegrowana pompa strzykawkowa do podaży heparyny bądź wapnia wbudowana w aparat | **TAK** |  |
| 24. | Uniwersalny zestaw umożliwiający wykonanie wszystkich rodzajów terapii CRRT przy antykoagulacji cytrynianowej i heparynowej | **TAK** |  |
| 25. | Dostępność zestawów do zabiegów nerkozastępczych – pediatrycznych o wypełnieniu do 60 ml (+/- 10%) | **TAK** |  |
| 26. | Zabezpieczenie przed zakłócaniem przez aparat sygnału EKG i EEG | **TAK** |  |
| 27. | Możliwość rozbudowy aparatu do poboru 30 litrów płynów jednocześnie | **TAK** |  |
| 28. | Regulacja poziomu w komorze odpowietrzającej | **TAK** |  |
| 29. | Rok produkcji min. 2012 | **TAK** |  |

**Wymagania szczegółowe dotyczące procedury dostawy i uruchomienia sprzętu będącego przedmiotem umowy.**

* + 1. Wykonawca przedstawia na piśmie harmonogram realizacji umowy (harmonogram dostawy Wykonawca ma obowiązek Zamawiającemu w terminie **3 dni** od daty zawarcia umowy), który powinien obejmować następujące etapy:
* **Akceptacja harmonogramu**
1. Harmonogram dostawy należy uzgodnić z Kierownikiem komórki zamawiającą oraz z Kierownikiem Sekcji Sprzętu Medycznego;
2. Dostawca dostarczy upoważnienie z imienną listą osób, które będą wykonywały prace w ramach umowy.
3. Lista zawiera: imię, nazwisko, nr dowodu tożsamości, nazwę firmy.
* **Dostarczenie sprzętu**
1. Dostawca w uzgodnionym terminie dostarcza zamówiony sprzęt własnym staraniem;
2. Zamawiający potwierdza odbiór ilościowy sprzętu i oprogramowania od Dostawcy.
3. Formalne przekazanie sprzętu pod opiekę Zamawiającego, dokonuje upoważniony przedstawiciel Dostawcy, wymieniony w pkt. A.c), po sprawdzeniu ilościowym sprzętu lub zaplombowanych opakowań.
* **Uruchomienie sprzętu i integracja z eksploatowanym w 4WSKzP systemem informatycznym o nazwie Vxworks**
1. Zamawiający wskazuje przyłącze zasilania 230V i przyłącze do lokalnej sieci komputerowej oraz dostarcza patchcord, adres IP i maskę dla stacji roboczych, serwerów druku, serwerów RS232. ( dotyczy OPI)
2. Dostawca rozpakowuje sprzęt i instaluje w miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
3. Dostawca dostarcza pozostałe kable połączeniowe i zasilające dla urządzeń.
4. Dostawca konfiguruje wszystkie parametry sprzętu/aparatury medycznej, stacji roboczych, drukarek, serwerów druku, serwerów RS232 i oprogramowania sterującego zgodnie z wymaganiami Zamawiającego i zasadami pracy oprogramowania **Vxworks***.*
* Dostawca przygotowuje sprzęt/aparaturę medyczną zarówno do pracy w trybie autonomicznym (bez oprogramowania …………………..) jak i w trybie integracji z systemem informatycznym o nazwie **Vxworks** w zakresie pełnej funkcjonalności.
* **Szkolenie personelu Zamawiającego**
1. Dostawca przeprowadza szkolenie dla pracowników komórki zamawiającej oraz OPI 4WSKzP, w zakresie obsługi sprzętu/aparatury medycznej oraz w zakresie nadawania uprawnień.
2. Dostawca przekazuje Zamawiającemu wszystkie dokumenty wymienione w SIWZ
* **Przekazanie sprzętu i oprogramowania do eksploatacji**
1. Dostawca zgłasza Zamawiającemu gotowość do przekazania sprzętu i oprogramowania.
2. Zamawiający dokonuje odbioru na podstawie protokołu instalacji i przekazania stanowiącego załącznik nr 7 do SIWZ
3. Dostawca odpowiada przed Zamawiającym za całość realizowanej umowy, w tym za prace zlecone podwykonawcom.
4. Zamawiający nie dokonuje odbioru prac od podwykonawców, tylko bezpośrednio od Dostawcy.
5. Dostawca będzie realizował przedmiot umowy zgodnie z zaleceniami producenta sprzętu/aparatury medycznej, producenta oprogramowania oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami.
6. Dostawca dostarczy wszystkie licencje niezbędne do pracy dostarczonego sprzętu.
7. Dostawca będzie wykonywał prace u Zamawiającego prowadzącego nieprzerwanie działalność leczniczą.
8. Dostawca usunie wszystkie szkody powstałe w wyniku jego działalności.

.…………….… dnia…………..……… ………...............................................................................

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo