**Nr. spr. 16/2021 Załącznik nr 2/12**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Formularz cenowo-techniczny**

**Zadanie 12**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa urządzenia | Jm | Ilość | Cena netto za szt | Wartość netto | Cena brutto | Producent |
| 1 | Urządzenie do  terapii hiperbarycznej | szt | 3 |  |  |  |  |

**Minimalne wymagania techniczno użytkowe:**

- Jednoosobowa hiperbaryczna komora cylindryczna na kółkach jezdnych

- Objętość wewnętrzna komory powinna pomieścić wygodnie jednego pacjenta w pozycji leżącej, na wznak

- W pełni przezroczysty cylinder akrylowy– umożliwiający podgląd całego pacjenta i zmniejszający poczucie klaustrofobii

- Średnica zewnętrzna komory 78-82 cm

- Wysokość całkowita 150- 160cm

- Długość komory min. 220 cm, maks. 240 cm – ze względu na warunki lokalowe

- Zewnętrzna szerokość komory maksymalnie 86 cm ze względu na ograniczenia związane z możliwością wprowadzenia do budynku

- Masa komory maks. 1210 kg

- System sterowania komorą oparty na pneumatyce z automatycznym dostosowywaniem ustawionych parametrów.

- Wózek dla pacjenta z ręczną regulacją wysokości:

a) wózek wyposażony w dedykowany system transportu (prowadnice) pacjenta z noszy do komory i z powrotem

b) szerokość wózka maksymalnie 70 cm ( w najszerszym miejscu), długość max. 200 cm (uwarunkowane wymiarami pomieszczenia)

c) dopuszczalna waga pacjenta 200 kg

d) wózek wyposażony w prowadnicę śrubową służąco do regulacji ręcznej wysokości w celu wprowadzenia pacjenta do komory

e) wózek wyposażony w układ hamulcowy

f) wsuwany do komory blat wózka na odpowiednich rolkach

- Zgodność z wymogami dyrektywy Komisji Europejskiej dotyczącej sprzętu działającego pod ciśnieniem

- Maksymalne ciśnienie operacyjne min. 2,00 bar (3 ATA)

- Natężenie przepływu (wentylacji) (sterowanie ręczne) w zakresie minimum od 0 l/min do 200 l/min

- Ze względu na specyfikę pomieszczenia : możliwość przystosowania drzwi wejściowych do komory otwieranych w lewo lub prawo

- Wbudowany w obudowę komory panel z systemem łączności pacjent-operator o następującej konfiguracji:

a) włącznik główny systemu komunikacji,

b) wskaźnik informujący o stanie zasilania

c) regulacja głośności wewnątrz komory,

d) regulacja głośności głośnika na zewnątrz komory (od pacjenta),

e) wbudowany głośnik i mikrofon (zestaw głośnomówiący) w panelu komunikacyjnym służący do porozumiewania się z pacjentem

- Wbudowany w obudowę komory panel sterowania wyposażony w:

a) włącznik główny zasilania elektrycznego systemu na klucz (zabezpieczający przed nieuprawnionym włączeniem)

b) analogowy wskaźnik ustawionego ciśnienia

c) analogowy wskaźnik rzeczywistego ciśnienia w komorze

d) płynny regulator prędkości wentylacji

e) płynny regulator prędkości zmiany ciśnienia (sprężania)

f) zawór trójdrożny przełączający rodzaj gazu w systemie oddechowym tlen – powietrze – zamknięty

g) regulator ciśnienia wraz z manometrem ograniczający maksymalne ciśnienie pracy komory

- Dedykowany wbudowany system oddechowy dla pacjenta tzw. B.I.B.S. wyposażony w;

a) zawór oddechowy wlotowy na żądanie, z możliwością ustawienia swobodnego przepływu

b) zawór oddechowy wylotowy na żądanie, z wyrzutem na zewnątrz komory

c) czujnik stężenia tlenu w komorze w jednostkach procentowych z możliwością kalibracji i alarmami dźwiękowymi oraz świetlnymi podczas przekroczenia ustawionego stężenia tlenu z możliwością wyłączenia/włączenia sygnalizacji dźwiękowej

- Głośnik multimedialny dostosowany do pracy pod ciśnieniem i zainstalowany wewnątrz komory z możliwością podłączenia zewnętrznego źródła dźwięku np. zestawu multimedialnego

- Zestaw multimedialny z systemem mocowania dostosowany dla pacjentów

- Zestaw TV ( uchwyt sufitowy, podłączenie do komory, podłączenie do instalacji TV ośrodka)

- Dostosowanie istniejącej instalacji tlenu i powietrza do współpracy z trzema komorami hiperbarycznymi (jedną którą posiada zamawiający oraz oferowanymi) – **zalecana wizja lokalna.**

- Wykonawca przeszkoli lub zapewni przeszkolenie personelu Zamawiającego (max. 6 osób) z zakresu obsługi i eksploatacji systemu komory hiperbarycznej. Przeprowadzone szkolenie zostanie potwierdzone zaświadczeniem. Szkolenie z podstaw terapii hiperbarycznej przeprowadzone przez wykwalifikowany personel min. inżynier biomedyczny po przeszkoleniu zgodnie z Europejskim Towarzystwem Medycyny Hiperbarycznej dla wielomiejscowych medycznych komór hiperbarycznych w jednostce naukowo-edukacyjnej (**dyplom uczelni, certyfikat szkolenia– załączyć do oferty).**

- Dostawca dostarczy wraz z komorą niezbędną dokumentację w celu zgłoszenia urządzeń ciśnieniowy do Urzędu Dozoru Technicznego (certyfikaty, instrukcje, oświadczenia, rysunki) zgodnie z aktualnym rozporządzeniem o dozorze technicznym

- Przedmiot oferty oznaczony znakiem CE

- Deklaracja i certyfikat zgodności na przedmiot oferty - urządzenie medyczne, wystawiony przez uprawniony podmiot, zgodne z wymaganiami określonymi w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2015r., poz. 876 z późn. zm.)

- Instrukcja obsługi przedmiotu oferty w języku polskim

- Okres gwarancji min 24 miesiące

- Autoryzowany serwis zlokalizowany na terenie Polski

- Czas reakcji na zgłoszoną usterkę do 24 godzin w dni robocze rozumiane jako dni od pn-pt z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy

- Czas skutecznej naprawy bez użycia części zamiennych licząc od momentu zgłoszenia awarii max 6 dni roboczych w dni robocze rozumiane jako dni od pn-pt z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy

- Czas skutecznej naprawy z użyciem części zamiennych licząc od momentu zgłoszenia awarii max 14 dni roboczych rozumianych jako dni od pn-pt z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy

- Czas naprawy gwarancyjnej, po przekroczeniu którego przedłuża się gwarancję o czas przerwy w eksploatacji - max 14 dni roboczych rozumianych jako dni od pn-pt z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy

- Okres dostępności części zamiennych od daty sprzedaży przez min. 10 lat

- Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany podzespołu na nowy maks. 4

- zestaw masek do zabiegu po 10 sztuk w rozmiarach S,M,L (dla każdej z komór)

Termin wizji lokalnej do ustalenia z zamawiającym. Zamawiający zastrzega możliwość rozbudowy formularza w związku z wynikami wizji lokalnej.

Oświadczenie Wykonawcy:

**Urządzenie spełnia / nie spełnia\* wymagań/nia zamawiającego. ( jeśli są inne należy je opisać)**

* **niepotrzebne skreślić**

**………………………………………………………**

**podpis osoby uprawnionej**