PŁOCKI ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
09-402 Płock, ul. Kościuszki 28
tel. (024) 364-51-00 fax. (024) 364-51-02
www.szpitalplock.pl e-mail: sekretariat@plockizoz.pl

Misja Szpitala Świętej Trójcy:
„Pacjent jest podmiotem wszystkich naszych działań zmierzających do poprawy jakości świadczonych usług medycznych"

Płock, dnia ..20.. października 2016 roku

PZOZ/DZP/382/18PN/16

Do wszystkich uczestników postępowania
o udzielenie zamówienia publicznego

WYJAŚNIENIE TREŚCI SPECYFIKACJI ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA WRAZ ZE ZMIANĄ JEJ TREŚCI

Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego, którego przedmiotem jest ***dostawa sprzętu medycznego***

W związku z wnioskami o wyjaśnienie treści Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, zwanej dalej „SIWZ", złożonymi przez Wykonawców, działając na podstawie art. 38 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku – Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2015r. poz. 2164) Zamawiający – Płocki Zakład Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. wyjaśnia, co następuje:

Pytanie Nr 1, dotyczy tympanometru
Prosimy o potwierdzenie, czy Zamawiający wymaga dostawy tympanometru spełniającego aktualnie obowiązujące normy czy normy uchylone kilkanaście lat temu jak norma IEC 1027?
Odpowiedź: Zamawiający potwierdza powyższe oraz dokona modyfikacji SIWZ.

Pytanie Nr 2, dotyczy tympanometru
Jeżeli Zamawiający wymaga, aby dostarczony mu tympanometr był nową konstrukcja spełniający obowiązujące normy dotyczące tympanometrii prosimy o zezwolenie na zaoferowanie tympanometru klinicznego skonstruowanego i wprowadzonego do produkcji w 2015r w niżej wyszczególnionej specyfikacji

Parametry techniczno – użytkowe

L.p.	Opis parametru	Odpowiedź wymagana	Odpowiedź oferowana
	Parametry ogólne		
1.	Tympanometr dopuszczony do stosowania w jednostkach służby zdrowia	TAK	
2.	Producent	podać	
3.	Kraj	podać	
4.	Model / typ	podać	
5.	Deklaracja zgodności - CE	Tak, przy dostawie	
6.	Wpis / Zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych	Tak, przy dostawie	
7.	Rok produkcji tympanometru: 2016	TAK	
8.	Klasa bezpieczeństwa: Klasa I, wg. EN 60601-1, Typ B	TAK	
9.	Normy dla tympanometrii: IEC 60645-5	TAK	
	Cechy tympanometru		
10.	Tympanometr kliniczny z wbudowanym modułem audiometrii tonalnej	TAK	
11.	Moduł audiometrii impedancyjnej	TAK	

12.	Urządzenie posiada tryb pracy automatycznej po umieszczeniu sondy pomiarowej w zewnętrznym przewodzie słuchowym oraz tryb pracy ręcznej do decyzji operatora	TAK	
13.	Automatyczne rozpoznawanie i rejestracja wystąpienia odruchu z mięśnia strzemiączkowego z możliwością definiowania własnych kryteriów	TAK	
14.	Badanie drożności trąbki Eustachiusza metodą Williams'a - błona prawidłowa	TAK	
15.	Badanie drożności trąbki Eustachiusza metodą Toynbee'ego - błona perforowana	TAK	
16.	Pomiar latencji odruchu z mięśnia strzemiączkowego	TAK	
17.	Test zanikania odruchu z mięśnia strzemiączkowego standardowy i definiowany przez użytkownika z możliwością określenia gradientu zanikania	TAK	
18.	Możliwość wyboru trybu screeningowo-diagnostycznego z wybranymi częstotliwościami i poziomami bodźca oraz wyboru trybu pomiaru klinicznego z możliwością szczegółowych ustawień przez operatora	TAK	
19.	Wbudowana w urządzenie lub zewnętrzna komora kalibracyjna $2cm^3$	TAK	
20.	Wbudowany w urządzenie lub zewnętrzny symulator ucha	TAK	
	Parametry techniczno – użytkowe		
21.	Częstotliwość tonu pomiarowego 226 Hz; ± 0,01%	TAK	
22.	Poziom tonu pomiarowego 85 dB SPL	TAK	
23.	Zakresy ciśnienia (z dokładnością ±10% lub ±10 daPa): – standardowy: +200 do -400 daPa - definiowany przez użytkownika rozszerzony: +400 do -600 daPa	TAK	
24.	Zakres objętości całkowity – od 0,1 do 8,0 ml	TAK	
25.	Możliwości wyboru szybkości zmiany ciśnienia, z minimum czterech kroków	TAK	
26.	Zawór bezpieczeństwa uruchamiany automatycznie przy min. +550 daPa i -750 daPa – zwalnianie powietrza automatycznie lub ręcznie	TAK	
27.	Ipsilateralna stymulacja w badaniach odruchów z mięśnia strzemiączkowego. Bodźcowanie: – tony czyste o częstotliwościach: 0,5; 1; 2; 4 kHz – dokładność częstotliwości tonu: +/-0,5% – kroki stymulacji przynajmniej: 1, 2, 5 dB – zakres bodźca dla 0,5; 1; 2 kHz minimum do 100 dB HL, zakres bodźca dla 4 kHz minimum do 90 dB HL	TAK	
28.	Kontralateralna stymulacja w badaniach odruchów z mięśnia strzemiączkowego. Bodźcowanie: – tony czyste o częstotliwościach: 0,5; 1; 2; 4 kHz oraz szum biały – dokładność częstotliwości tonu: +/-0,5% – kroki: 1, 2, 5 dB zakres poziomu bodźca przynajmniej do 115 dB HL	TAK	
29.	W module audiometrii impedancyjnej - kalibracja sondy pomiarowej w jednostkach dB SPL	TAK	
30.	Moduł audiometrii tonalnej bodźcowanie przynajmniej tonem czystym o częstotliwościach: 0.25, 0.5, 1, 2, 3, 4, 6, 8 kHz dokładność częstotliwości minimum: +/-0,5% kroki bodźca przynajmniej co: 1, 2, 5 dB HL maksymalny poziom bodźca przynajmniej 100 dB HL	TAK	
31.	Możliwość zaprogramowania testów przez użytkownika	TAK	
32.	Sekwencje testów zaprogramowanych fabrycznie	TAK	
33.	Możliwość podłączenia drukarki zewnętrznej	TAK	
	Zasilanie		
34.	Zasilanie: AC 50-60 Hz, 100-120 V lub 200-240 V	TAK	
	Wyposażenie		
35.	Wbudowany w urządzenie zegar i kalendarz	TAK	
36.	Wbudowany duży, czytelny wyświetlacz LCD, z możliwością regulacji kontrastu podświetlania, wymiar min. 150x90mm	TAK	

37.	Komunikacja przez interfejs RS232C lub USB	TAK	
38.	Sonda ipisi- i słuchawka contralateralna	TAK	
39.	Słuchawka TDH-39 do audiometrii tonalnej, z kalibracją HL	TAK	
40.	Komplet oliwek usznych	TAK	
41.	Instrukcja obsługi papierowa x 2 w języku polskim + wersja elektroniczna (CD lub pdf)	TAK	
42.	Paszport techniczny	TAK, przy dostawie	
	Szkolenia		
43.	Szkolenie personelu z zakresu obsługi, czyszczenia i dezynfekcji – podać środki do dezynfekcji zalecane przez producenta.	TAK	
44.	Szkolenie personelu Działu Aparatury Medycznej w zakresie konserwacji i sprawdzania poprawności działania	TAK	

Odpowiedź: Zamawiający nie wyraża zgody na powyższe.

Pytanie nr 3, Pakiet 2 Ręczna lampa szczelinowa akumulatorowa Pozycja 16:
Czy zamawiający dopuści lampę bez możliwości pracy podczas ładowania akumulatora?
Odpowiedź: Zamawiający usunął Pakiet nr 2.

Pytanie nr 4, Pakiet nr 3 Rzutnik optotypów Pozycja 12:
Czy zamawiający dopuści również rzutnik z oświetleniem halogenowym?
Odpowiedź: Zamawiający dopuści powyższe.

Pytanie nr 5, Pytanie Pakiet nr 4 Autorefraktometr z keratometrią:
Zwracamy się z prośba o wykreślenie z pakietu pozycji nr 19 z uwagi na fakt, że w autorefraktometrach nie ma żarówek.
Odpowiedź: Zamawiający usunął Pakiet nr 4.

Pytanie nr 6, Pakiet nr 4 Autorefraktometr z keratometrią:
Czy zamawiający w pozycji nr 21 miał na myśli czas wyłączenia ekranu, który można ustawić po 3, 5, 10 minutach?
Odpowiedź: Zamawiający usunął Pakiet nr 4.

Pytanie nr 7, dotyczy pakietu nr 1 poz. 1
Czy Zamawiający dopuszcza regulowany zakres źrenic w zakresie 48- 76mm?
Odpowiedź: Zamawiający dopuści powyższe.

Pytanie nr 8, dotyczy pakietu nr 1 poz. 1
Czy Zamawiający dopuści oftalmoskop posiadający filtr bezczerwienny, kobaltowo- niebieski, dyfuzor oraz możliwość pracy bez filtra ?
Odpowiedź: Zamawiający podtrzymuje zapisy SIWZ.

Pytanie nr 9, dotyczy pakietu nr 1 poz. 1
Czy Zamawiający dopuści oftalmoskop bez wskaźnika odwzorowania koloru CRI?
Odpowiedź: Zamawiający podtrzymuje zapisy SIWZ.

Pytanie nr 10, dotyczy pakietu nr 1 poz. 1
Czy Zamawiający dopuści żywotność diody min. 10 000godzin
Odpowiedź: Zamawiający dopuści powyższe.

Pytanie nr 11, dotyczy pakietu nr 1 poz. 1
Czy Zamawiający dopuści diodę LED jako jedyne źródło oświetlenia?
Odpowiedź: Zamawiający nie dopuszcza.

Pytanie nr 12, dotyczy pakietu nr 1 poz. 1

Czy Zamawiający dopuści możliwość zmiany oświetlenia na oświetlenie tylko ksenonowe lub tylko halogenowe?
Odpowiedź: Zamawiający podtrzymuje zapisy SIWZ.

Pytanie nr 13, dotyczy pakietu nr 1 poz. 1
Czy Zamawiający dopuści nagłowową regulację światła po lewej stronie?
Odpowiedź: Zamawiający podtrzymuje zapisy SIWZ.

Pytanie nr 14, dotyczy pakietu nr 1 poz. 1
Czy Zamawiający dopuści części optyczne osadzone w konstrukcji wykonanej ze specjalnego wzmacnianego tworzywa?
Odpowiedź: Zamawiający dopuści powyższe.

Pytanie nr 15, dotyczy pakietu nr 1 poz. 1
Czy Zamawiający dopuszcza czas pracy ze źródłem diodowym 2 godziny?
Odpowiedź: Zamawiający dopuszcza powyższe pod warunkiem min. 2 baterii w zestawie.

Pytanie nr 16, dotyczy pakietu nr 1 poz. 1
Czy Zamawiający dopuści konfigurację oftalmoskopu, w której na wyposażeniu oftalmoskopu są 2 baterie? W trakcie kiedy oftalmoskop pracuje na jednej baterii, druga jest ładowana.
Odpowiedź: Zamawiający dopuszcza powyższe.

Pytanie nr 17, dotyczy pakietu nr 2
Czy Zamawiający dopuści oświetlenie halogenowe?
Odpowiedź: Zamawiający usunął Pakiet nr 2.

Pytanie nr 18, dotyczy pakietu nr 2
Czy Zamawiający dopuszcza szerokość szczeliny: 0,15mm; 0,5mm; 0,8mm; 1,6mm oraz koło o średnicy 12mm i kwadrat o boku 1mm?
Odpowiedź: Zamawiający usunął Pakiet nr 2.

Pytanie nr 19, dotyczy pakietu nr 2
Czy Zamawiający dopuszcza korekcje wady wzroku od -7D do +7D? Podany zakres jest większy od wymaganego.
Odpowiedź: Zamawiający usunął Pakiet nr 2.

Pytanie nr 20, dotyczy pakietu nr 2
Czy Zamawiający dopuści baterię akumulatorową polimerowo-jonową?
Odpowiedź: Zamawiający usunął Pakiet nr 2.

Pytanie nr 21, dotyczy pakietu nr 3
Czy w Pakiecie nr 3 Zamawiający dopuści rzutnik optotypów z odl. Pracy: 2,9-6,1m i powiększeniem 24x z 5m?
Odpowiedź: Zamawiający dopuszcza powyższe.

Pytanie nr 22, dotyczy pakietu nr 4
Czy w Pakiecie nr 4 Zamawiający dopuści autorefraktometr o parametrach poniżej:

POMIAR ZDOLNOŚCI ZAŁAMYWANIA	
Sferyczna zdolność załamywania (S)	
Zakres Pomiarowy	*-25.00 D do +22.00 D (przy VD = 12.0 mm)*
Jednostka wyświetlania	*0.01 D / 0.12 D / 0.25 D*
Cylindryczna zdolność załamywania (C)	
Zakres Pomiarowy	*0 D do ±10.00 D (przy VD = 12.0 mm)*
Jednostka wyświetlania	*0.01 D / 0.12 D / 0.25 D*
Astygmatyzm osiowy (A)	

Zakres Pomiarowy	*0° do 180°*
Jednostka wyświetlania	*1°*
POMIAR KRZYWIZNY ROGÓWKI (K1, K2, AVG)	
Zakres Pomiarowy (n=1.3375)	*5.00 mm do 11.00 mm / 30.68 D do 67.50 D*
Jednostka wyświetlania	*0,01 mm*
ASTYGMATYZM ROGÓWKOWY I OŚ (C, A)	
Zakres pomiarowy (C)	*0 D do 10 D (n=1.3375)*
Zakres pomiarowy (A)	*0° do 180°*
Obszar pomiaru - rogówka mm)	*Ø 3,0 mm (przy krzywiźnie rogówki 8,00*
Zakres PD	*50 mm do 86 mm*
Minimalna średnica źrenicy	*Ø 2,0 mm*
Odległość wierzchołkowa	*0 mm - 16.0 mm*
JEDNOSTKA GŁOWNA	
Wbudowana drukarka	*Drukarka termiczna*
Wyjście	*RS 232 C*
Wyświetlacz	*Kolorowy wyświetlacza LCD 5,7"*
Podkładka pod brodę	*sterowana elektr.*

Odpowiedź: Zamawiający usunął Pakiet nr 4.

Biorąc pod uwagę powyższe odpowiedzi, na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku – Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2015r. poz. 2164) Zamawiający – Płocki Zakład Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. wprowadza do treści SIWZ zmiany polegające na:

- wycofaniu/wykreśleniu Pakietu nr 2 - Ręczna lampa szczelinowa oraz Pakietu nr 4 – Autorefraktometr z keratometrią,

- w miejsce Pakietu nr 2 dodaniu nowego Pakietu /przedmiotu zamówienia pn. Stół zabiegowy.

W związku z powyższym:

- pkt. 3. SIWZ otrzymuje brzmienie:

3. Opis przedmiotu zamówienia

3.1. Przedmiotem zamówienia jest **dostawa sprzętu medycznego z podziałem na 7 pakietów:**
Pakiet nr 1 – Oftalmoskop pośredni oraz Soczewka Volk Digital Clear Field
Pakiet nr 2 – Stół zabiegowy
Pakiet nr 3 – Rzutnik optotypów,
~~**Pakiet nr 4 – Autorefraktometr z keratometrią,**~~
Pakiet nr 5 – Retinomax z keratometrią,
Pakiet nr 6 – Urządzenie do sekwencyjnego masażu uciskowego i drenażu limfatycznego
Pakiet nr 7 – Tympanometr.

- pkt. 14.D. SIWZ otrzymuje brzmienie:

D. W celu potwierdzenia, że oferowane dostawy spełniają wymagania określone przez Zamawiającego w SIWZ, Wykonawca jest zobowiązany do złożenia:

1. *Wypełniony i podpisany formularz **„Parametry techniczno - użytkowe" - wg Załącznika Nr 1.1 - 1.3 oraz 1.5 - 1.7 do OPZ - dotyczy oferowanych pakietów***
2. *Wypełniony i podpisany formularz **„Warunki gwarancji i serwisu pogwarancyjnego" - wg Załącznika Nr 1.1.1. – 1.3.1 oraz 1.5.1 - 1.7.1. do OPZ - dotyczy oferowanych pakietów.***

- pkt. 14.E SIWZ otrzymuje brzmienie:

E. **Pozostałe dokumenty wymagane w ofercie:**

1. *Wypełniony i podpisany* ***Formularz Ofertowy – wg Załącznika Nr 3 do SIWZ,***
2. *Wypełniony(e) i podpisany(e)* ***Formularz(e) cenowy(e) – wg Załącznika Nr 6.1- 6.3 oraz 6.5 - 6.7 do SIWZ.***

- pkt. 24.1 SIWZ otrzymuje brzmienie:

24.1 Wybór oferty w zakresie wszystkich Pakietów dokonany zostanie na podstawie poniższych kryteriów:

Lp.	Nazwa kryterium	Waga kryterium	Sposób punktowania
1	**Cena**	85%	najniższa cena zaoferowana / cena badanej oferty x 100 pkt. x % waga kryterium
2	**Okres gwarancji**	15%	liczba punktów badanej oferty x % waga kryterium

Zamawiający będzie przyznawał punkty Wykonawcy wg kryterium „Okres gwarancji" zgodnie z zaoferowanym okresem w Załączniku „Warunki gwarancji i serwis pogwarancyjny – załącznik nr 1.1.1- 1.3.1 oraz 1.5.1 - 1.7.1. do OPZ dotyczy oferowanych pakietów.

Załącznik Nr 1 do SIWZ otrzymuje brzmienie:

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem zamówienia jest **dostawa sprzętu medycznego z podziałem na 7 pakietów:**

   Pakiet nr 1 – Oftalmoskop pośredni oraz Soczewka Volk Digital Clear Field
   Pakiet nr 2 – Stół zabiegowy
   Pakiet nr 3 – Rzutnik optotypów,
   ~~**Pakiet nr 4 – Autorefraktometr z keratometrią,**~~
   Pakiet nr 5 – Retinomax z keratometrią,
   Pakiet nr 6 – Urządzenie do sekwencyjnego masażu uciskowego i drenażu limfatycznego
   Pakiet nr 7 – Tympanometr

2. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawiera załączony:
   - formularz pn.: ***„Parametry techniczno - użytkowe" – wg Załącznika Nr 1.1 – 1.3 oraz 1.5 - 1.7. do OPZ***
   - formularz pn.: ***„Warunki gwarancji i serwisu pogwarancyjnego" – wg Załącznika Nr 1.1.1- 1.3.1 oraz 1.5.1 - 1.7.1. do OPZ***

Załącznik Nr 1.2. do OPZ otrzymuje brzmienie:

Parametry techniczno – użytkowe PAKIET nr 2 - Stół zabiegowy

L.p.	Opis parametru	Odpowiedź wymagana	Odpowiedź oferowana
	PARAMETRY STOŁU ZABIEGOWEGO		
1.	Stół zabiegowy dopuszczony do stosowania w jednostkach szpitalnych	TAK	
2.	Producent	podać	
3.	Kraj	podać	
4.	Model / typ	podać	
5.	Deklaracja zgodności - CE	Tak przy dostawie	

6.	Wpis / Zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych	Tak przy dostawie	
7.	Wszystkie poszczególne elementy fabrycznie nowe	TAK	
8.	Rok produkcji stołu: 2016	TAK	
9.	Zasilanie zestawu: 220 – 240 V w zakresie +/- 10%	TAK	
	KONSTRUKCJA STOŁU		
10.	Konstrukcja stołu wykonana ze stali galwanizowanej pokrytej lakierem proszkowym, odporna na korozję oraz działanie promieniowania UV	TAK	
11.	Stół pokryty odporną na rozdarcie skórą ekologiczną w kolorze beżowym	TAK	
12.	Podstawa jezdna stołu pokryta antybakteryjnym tworzywem ABS, odpornym na działanie środków dezynfekujących oraz promieniowania UV	TAK	
13.	Wysokość stołu, podparcie pleców i nóg oraz regulacje TB regulowane elektrycznie za pomocą ręcznego pilota przewodowego	TAK	
14.	Czterosegmentowe leże	TAK	
15.	Stół wyposażony w demontowany zagłówek o takiej samej szerokości jak siedzisko	TAK	
16.	Dwie szyny akcesoryjne wykonane ze stali nierdzewnej umieszczone po bokach stołu, w zestawie akcesoria montowane na zaciskach śrubowych umożliwiających pełną regulację	TAK	
17.	Wielopozycyjne podłokietniki regulowane ręcznie z możliwością demontażu	TAK	
18.	Szerokość podłokietników 20 cm (± 2 cm)	TAK, podać	
19.	Stół wyposażony w podporę nóg o wysokości regulowanej ręcznie z możliwością demontażu	TAK	
20.	Wysokość regulowana w zakresie: 64 -84 cm (± 3 cm)	TAK podać	
21.	Szerokość siedziska 65 cm (± 2 cm)	TAK podać	
22.	Szerokość oparcia pleców 65 cm (± 2 cm)	TAK podać	
23.	Regulacja TB w zakresie 0 - 13^0 (± 2^0)	TAK podać	
24.	Regulacja segmentu nóg z zakresie 0 - 85^0 (± 5^0)	TAK podać	
25.	Regulacja segmentu nóg z zakresie 0 - 90^0 (± 5^0)	TAK podać	
	WYPOSAŻENIE		
26.	Instrukcja obsługi papierowa x 2 w języku polskim + wersja elektroniczna (CD lub pdf)	TAK przy dostawie	
27.	Paszporty techniczny	Tak przy dostawie	
	SZKOLENIA		
28.	Szkolenie personelu z zakresu obsługi, czyszczenia i dezynfekcji – podać środki do dezynfekcji zalecane przez producenta.	TAK	
29.	Szkolenie personelu Działu Aparatury Medycznej w zakresie konserwacji i sprawdzania poprawności działania	TAK	

*) w przypadku, gdy w rubryce „ODPOWIEDŹ WYMAGANA" wymagana jest odpowiedź **TAK**, to Wykonawca jest zobowiązany do potwierdzenia jej w rubryce „ODPOWIEDŹ WYKONAWCY"; w przypadku, gdy w rubryce „ODPOWIEDŹ WYMAGANA" wymagana jest odpowiedź **podać**, to Wykonawca jest zobowiązany do podania liczbowej/opisowej wartości parametru w rubryce „ODPOWIEDŹ WYKONAWCY"- pozycja ta nie jest punktowana.

..... dnia .....

.....
(podpis Wykonawcy)

Załącznik Nr 1.2.1. do OPZ otrzymuje brzmienie:

Warunki gwarancji i serwis pogwarancyjny – Pakiet nr 2 – Stół zabiegowy

L.p.	Wymagane Parametry	Odpowiedź Wymagana	Odpowiedź Oferowana
	Warunki Gwarancji		
1.	Oferowany okres gwarancji, liczony od daty podpisania ostatecznego protokołu dostawy urządzenia	Punktacja wg zapisu na	

		końcu tabeli	
2.	Oferowany okres gwarancji, liczony od daty podpisania ostatecznego protokołu dostawy urządzenia	podać	
3.	Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski	TAK	
4.	Dane teleadresowe i kontaktowe do autoryzowanych punktów serwisowych na terenie Polski	Podać wszystkich	
5.	Liczba napraw gwarancyjnych uprawniających do wymiany urządzenia na nowe – max 3 naprawy tego samego podzespołu (z wyjątkiem uszkodzeń z winy użytkownika	TAK	
6.	Czas reakcji serwisu „przyjęte zgłoszenie – podjęta naprawa" – max 48 godzin w dni robocze od zgłoszenia awarii fax'em, telefonicznie lub za pomocą poczty elektronicznej	TAK	
7.	Czas naprawy – max 5 dni roboczych od podjęcia naprawy	TAK	
8.	W przypadku, gdy czas naprawy przekroczy 5 dni roboczych Wykonawca dostarczy urządzenie zastępcze	TAK	
9.	Przerwa w eksploatacji aparatu łącznie z naprawą gwarancyjną wynosząca więcej niż 4 dni przedłuża okres gwarancji o tę przerwę	TAK	
10.	Przeglądy techniczne wymagane lub zalecane przez producenta	TAK/NIE	
11.	Częstotliwość wykonywania wymaganych lub zalecanych przez producenta przeglądów technicznych. W przypadku odpowiedzi NIE w punkcie 10 należy odpowiedzieć NIE DOTYCZY	Podać/NIE DOTYCZY	
12.	Przeglądy techniczne wymagane lub zalecane przez producenta w okresie gwarancji wykonane będą na koszt Wykonawcy. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji. W przypadku odpowiedzi NIE w punkcie 10 należy odpowiedzieć NIE DOTYCZY	Podać/NIE DOTYCZY	
13.	Przewidywany roczny koszt brutto okresowego przeglądu aparatu wykonywanego z zaleceniem producenta po upływie gwarancji (szacunkowa kalkulacja wartości brutto sporządzona w dniu składania oferty, uwzględniająca wymianę części zużywalnych lub zamiennych w trakcie przeglądu)	Podać koszt	
	Serwis Pogwarancyjny		
14.	Autoryzowany przez producenta serwis pogwarancyjny	TAK	
15.	Czas reakcji serwisu „przyjęte zgłoszenie – podjęta naprawa" – max 72 godzin w dni robocze od zgłoszenia awarii fax'em, telefonicznie lub za pomocą poczty elektronicznej	TAK	
16.	Minimum 10-cio letni okres zagwarantowania dostępności części zamiennych od daty upływu terminu gwarancji	TAK	
17.	Okres gwarancji na nowo zainstalowane elementy po naprawie – minimum 12 miesięcy	TAK	

*) **Zakres punktacji:**
Gwarancja 24 miesiące – 1 pkt
Gwarancja 36 miesięcy – 10 pkt
Gwarancja 48 miesięcy – 40 pkt

) w przypadku, gdy w rubryce **„ODPOWIEDŹ WYMAGANA" wymagana jest odpowiedź **TAK**, to Wykonawca jest zobowiązany do potwierdzenia jej w rubryce **„ODPOWIEDŹ WYKONAWCY"**; w przypadku, gdy w rubryce **„ODPOWIEDŹ WYMAGANA"** wymagana jest odpowiedź **podać**, to Wykonawca jest zobowiązany do podania liczbowej/opisowej wartości parametru w rubryce **„ODPOWIEDŹ WYKONAWCY"**- pozycja ta nie jest punktowana.

..... dnia .....

.....
(podpis Wykonawcy)

Załącznik Nr 1.7. do OPZ otrzymuje brzmienie:

Złącznik Nr 1.7. do OPZ

Parametry techniczno – użytkowe PAKIET nr 7 - Tympanometr

L.p.	Opis parametru	Odpowiedź wymagana	Odpowiedź oferowana
	Parametry ogólne		
1.	Tympanometr dopuszczony do stosowania w jednostkach służby zdrowia	TAK	
2.	Producent	podać	
3.	Kraj	podać	
4.	Model / typ	podać	
5.	Deklaracja zgodności - CE	Tak, przy dostawie	
6.	Wpis / Zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych	Tak, przy dostawie	
7.	Rok produkcji tympanometru: 2016	TAK	
8.	Klasa bezpieczeństwa: Klasa I, wg. EN 60601-1, Typ B	TAK	
9.	Normy dla tympanometrii: EN 60645-5 Typ1 lub równoważna; ANSI S3.39 Typ 1 lub równoważna	TAK	
	Cechy tympanometru		
10.	Tympanometr kliniczny z wbudowanym modułem audiometrii tonalnej	TAK	
11.	Moduł audiometrii impedancyjnej	TAK	
12.	Oferowany audiometr zezwala na nałożenie minimum 3 krzywych tympanometrycznych na jednym tympanogramie	TAK	
13.	Urządzenie posiada tryb pracy automatycznej po umieszczeniu sondy pomiarowej w zewnętrznym przewodzie słuchowym oraz tryb pracy ręcznej do decyzji operatora	TAK	
14.	Automatyczne rozpoznawanie i rejestracja wystąpienia odruchu z mięśnia strzemiączkowego z możliwością definiowania własnych kryteriów	TAK	
15.	Badanie drożności trąbki Eustachiusza metodą Williams'a - błona prawidłowa	TAK	
16.	Badanie drożności trąbki Eustachiusza metodą Toynbee'ego - błona perforowana	TAK	
17.	Pomiar latencji odruchu z mięśnia strzemiączkowego	TAK	
18.	Urządzenie realizuje test zanikania odruchu – decay test, pomiar admitancji, konduktancji, suscektancji oraz tympanogramów typu B i G	TAK	
19.	Test zanikania odruchu z mięśnia strzemiączkowego standardowy i definiowany przez użytkownika z możliwością określenia gradientu zanikania	TAK	
20.	Możliwość wyboru trybu screeningowo-diagnostycznego z wybranymi częstotliwościami i poziomami bodźca oraz wyboru trybu pomiaru klinicznego z możliwością szczegółowych ustawień przez operatora	TAK	
21.	Wbudowana w urządzenie komora kalibracyjna 2cm^3	TAK	
22.	Wbudowany w urządzenie symulator ucha	TAK	
	Parametry techniczno – użytkowe		
23.	Częstotliwość tonu pomiarowego 226; 678; 800; 1000 Hz; ± 0,01%	TAK	
24.	Poziom tonu pomiarowego 85; 72;70,5; 69 dB SPL ± 3 dB	TAK	
25.	Zniekształcenie harmoniczne tonu pomiarowego <1% w 2 cm^3	TAK	
26.	Zakresy ciśnienia (z dokładnością ±10% lub ±10 daPa): – standardowy: +200 do -400 daPa - definiowany przez użytkownika w skokach 50 daPa rozszerzony: +400 do -600 daPa	TAK	
27.	Zakres objętości całkowity – od 0,1 do 8,0 ml	TAK	
28.	Zakres dla odruchu z mięśnia strzemiączkowego – od -375µl do +375µl	TAK	
29.	Zakres podatności 0,0 do 4,5 ml, z wyświetlaniem tympanogramów do wyboru dla trzech zakresów: 0-1,5 ml; 0-3,0 ml lub 0-4,5 ml	TAK	

30.	Pompa sterowana cyfrowo, silnikiem krokowym o następujących szybkościach zmian ciśnienia: – AFAP - tak szybko jak to możliwe (zaczyna od 500daPa/sek) – 400 daPa/sek – 200 daPa/sek – 100 daPa/sek – 50 daPa/sek ręczne sterowanie szybkością	TAK	
31.	Zawór bezpieczeństwa uruchamiany automatycznie przy +600 daPa i -800 daPa – zwalnianie powietrza automatycznie lub ręcznie	TAK	
32.	Ipsilateralna stymulacja w badaniach odruchów z mięśnia strzemiączkowego. Bodźcowanie: – tony czyste o częstotliwościach: 0,5; 1; 2; 4 kHz – dokładność częstotliwości tonu: +/-0,5% – kroki stymulacji przynajmniej: 1, 2, 5, 10 dB – zakres bodźca dla 0,5; 1; 2 kHz minimum do 115 dB HL zakres bodźca dla 4 kHz minimum do 90 dB HL	TAK	
33.	Kontralateralna stymulacja w badaniach odruchów z mięśnia strzemiączkowego. Bodźcowanie: – tony czyste o częstotliwościach: 0,5; 1; 2; 4 kHz oraz szum biały – dokładność częstotliwości tonu: +/-0,5% – kroki: 1, 2, 5, 10 dB zakres poziomu bodźca przynajmniej do 120 dB HL	TAK	
34.	W module audiometrii impedancyjnej - kalibracja sondy pomiarowej w jednostkach dB SPL lub dB HL zarówno dla pomiarów Ipsi- jaki i Contralateralnych	TAK	
35.	Moduł audiometrii tonalnej bodźcowanie przynajmniej tonem czystym o częstotliwościach: 0.25, 0.5, 1, 2, 3, 4, 6, 8 kHz dokładność częstotliwości minimum: +/-0,5% kroki bodźca przynajmniej co: 1, 2, 5, 10 dB HL maksymalny poziom bodźca przynajmniej 120 dB HL	TAK	
36.	4 sekwencje testów do zaprogramowania przez użytkownika	TAK	
37.	4 sekwencje testów zaprogramowanych fabrycznie	TAK	
38.	2 kursory dla pomiarów amplitud i latencji odruchów	TAK	
39.	Możliwość podłączenia drukarki zewnętrznej	TAK	
	Zasilanie		
40.	Zasilanie: AC 50-60 Hz, 100-120 V lub 200-240 V	TAK	
	Wyposażenie		
41.	Wbudowana drukarka wewnętrzna termiczna 600 znaków/ min. z szerokością rolki papieru 112mm – drukowanie bieżących wykresów oraz funkcja wydruku wszystkich badań wykonanych dla danego pacjenta	TAK	
42.	Wbudowany w urządzenie zegar i kalendarz	TAK	
43.	Wbudowany wyświetlacz 7", 15:9, z możliwością regulacji kontrastu podświetlania	TAK	
44.	Komunikacja przez interfejs RS232C	TAK	
45.	Sonda ipisi- i słuchawka contralateralna na wspólnym pałąku nagłownym	TAK	
46.	Słuchawka TDH-39 do audiometrii tonalnej, z kalibracją HL	TAK	
47.	Komplet oliwek usznych	TAK	
48.	Instrukcja obsługi papierowa x 2 w języku polskim + wersja elektroniczna (CD lub pdf)	TAK	
49.	Paszport techniczny	TAK, przy dostawie	
	Szkolenia		
50.	Szkolenie personelu z zakresu obsługi, czyszczenia i dezynfekcji – podać środki do dezynfekcji zalecane przez producenta.	TAK	
51.	Szkolenie personelu Działu Aparatury Medycznej w zakresie konserwacji i sprawdzania poprawności działania	TAK	

*) w przypadku, gdy w rubryce **„ODPOWIEDŹ WYMAGANA"** wymagana jest odpowiedź **TAK**, to Wykonawca jest zobowiązany do potwierdzenia jej w rubryce **„ODPOWIEDŹ OFEROWANA"**; w przypadku, gdy w rubryce **„ODPOWIEDŹ WYMAGANA"** wymagana jest odpowiedź **podać**, to Wykonawca jest zobowiązany do podania liczbowej/opisowej wartości parametru w rubryce **„ODPOWIEDŹ OFEROWANA"**

..... dnia .....

.....
(podpis Wykonawcy)

Załacznik nr 6.2 do SIWZ otrzymuje brzmienie:

Nazwa Wykonawcy .....

Adres Wykonawcy .....

Formularz cenowy

Pakiet nr 2 – Stół zabiegowy

Lp.	Nazwa przedmiotu zamówienia	Typ, producent	Ilość	JM	Cena jedn. brutto w PLN	Wartość brutto w PLN
1.	**Stół zabiegowy** - zgodnie z zał. nr 1.2. i 1.2.1. do OPZ		1	szt.		

Miejscowość i data: .....

.....
Podpis Wykonawcy

Powyższe informacje należy traktować, jako integralną część SIWZ.
Treść niniejszego pisma dostępna jest na stronie internetowej Zamawiającego: www.szpitalplock.pl

WICEPREZES ZARZĄDU
Marek Stawicki

PROKURENT
Maja Kulesza

Wyjaśnienia treści specyfikacji istotnych warunków zamówienia wraz ze zmianą jej treści z dnia 20 października 2016 roku PZOZ/DZP/382/18PN/16
Zgodnie z art. 27 ust. 2 ustawy – Prawo zamówień publicznych Zamawiający prosi o niezwłoczne potwierdzenie otrzymania niniejszego pisma na nr faxu 24 364 51 02.

Otrzymano dnia ..... Ilość stron ..... Podpis i pieczątka Wykonawcy .....

INSPEKTOR
Marta Mikulska