



Zamawiający:
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny
42-200 Częstochowa, ul. Bialska 104/118
tel. i faks: (34) 367-36-74
e-mail: szp@dala.pl

Częstochowa, dnia 21 września 2017 r.

Znak sprawy: DAZ.26.079.2017 r.
L. dz. 2305/2017 r.

UCZESTNICZY POSTĘPOWANIA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO

Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego „Inwestycja w infrastrukturę Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie w celu osiągnięcia pełnej funkcjonalności centrum urazowego”.

ZMIANA TREŚCI SIWZ - 1

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny - jako Zamawiający w niniejszym postępowaniu działając na podstawie art. 38 ust. 4 i ust. 6 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2164 ze zm.), zwanej dalej ustawą, dokonuje zmiany Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, zwanej dalej SIWZ.

Zamawiający dokonuje zmiany Załącznika Nr 3 do SIWZ pn. Opis przedmiotu zamówienia/Parametry techniczne - w zakresie Części Nr 4:

Zmieniony Załącznik Nr 3 do SIWZ pn. Opis przedmiotu zamówienia/Parametry techniczne - w zakresie Części Nr 4 otrzymuje brzmienie:

ZAŁĄCZNIK NR 3 DO SIWZ
Znak sprawy: DAZ.26.079.2017
ZAŁĄCZNIK NR .. DO UMOWY

CZĘŚĆ NR 4

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/PARAMETRY TECHNICZNE

Przedmiot zamówienia: **Defibrylator z możliwością wykonywania kardiowersji i zewnętrznej stymulacji serca:**
- **Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii – 1 szt.**
- **Szpitalny Oddział Ratunkowy - sala operacyjna - 1 szt.**

Producent:

Nazwa-model/typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:



WYMAGANIA TECHNICZNE

Lp.	PARAMETR	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów
	Producent	Podać	
	Model/Typ	Podać	
	Klasa wyrobu medycznego	Tak	
1.	Rodzaj fali defibrylacyjnej – dwufazowa	TAK	
2.	Defibrylacja ręczna i tryb AED	TAK	
3.	Urządzenie wyposażone w trybie AED w algorytm wykrywający ruch pacjenta.	TAK	
4.	Metronom reanimacyjny z możliwością ustawień rytmu częstości uciśnień dla pacjentów zaintubowanych i nie zaintubowanych, oraz dla dorosłych i dzieci.	TAK	
5.	Zakres wyboru energii w J 2-360 J w trybie manualnym.	TAK	
6.	Zakres wyboru energii w J 150J-360J w trybie AED.	TAK	
7.	Ilość stopni dostępności energii zewnętrznej - 25	TAK	
8.	Czas ładowania do energii 200 J poniżej 5 s	TAK	
9.	Ekran monitora kolorowy	TAK	
10.	Przekątna ekranu monitora 5,7 cali	TAK	
11.	Zasilanie sieciowo – akumulatorowe	TAK	
12.	Możliwość wykonania kardiowersji	TAK	
13.	Ciężar defibrylatora wraz z akumulatorem 5,8 kg	TAK	
14.	Możliwość defibrylacji dorosłych i dzieci	TAK	
15.	Wydruk zapisu na papierze o szerokości 50mm	TAK	
16.	Codzienny autotest bez udziału użytkownika, bez konieczności manualnego włączania urządzenia w trybie pracy akumulatorowej oraz z zasilania zewnętrznego 230V	TAK	
17.	Monitorowanie EKG - przewody dla 3 odprowadzeń	TAK	
18.	Zakres pomiaru tętna 20-300 u/min	TAK	
19.	Zakres wzmocnienia sygnału EKG - 8 poziomów wzmocnienia od 0,25; 0,5; 1; 1,5; 2; 2,5; 3; 4 cm/Mv	TAK	
20.	Możliwość wykonania stymulacji w trybach „na żądanie” i asynchronicznym przez elektrody defibrylacyjno-stymulacyjne	TAK	
21.	Częstotliwość stymulacji w zakresie 40-170 imp./min	TAK	
22.	Natężenie prądu stymulacji w zakresie co najmniej 10-150 mA	TAK	
23.	Monitorowaniem SpO2 w technologii MASSIMO, w zakresie od 1 do 100 % z czasem uśrednienia SpO2 do wyboru przez użytkownika 4, 8, 12 lub 16 sekund, w komplecie z czujnikiem dla dorosłych	TAK	
24.	Możliwość rozbudowy o moduł EtCO2 z obserwacją krzywej EtCO2 na ekranie.	TAK	
	Pozostałe wymagania		
25.	Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 2 dni robocze w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym, usunięcie usterki w terminie max. 5 dni roboczych.	PODAĆ	
26.	Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 5 dni roboczych.	TAK	
27.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju.	TAK	
28.	Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany	TAK	



	przez okres co najmniej 10 lat,		
29.	Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły.	TAK	
30.	Instrukcja obsługi w języku polskim, wraz z listą opisującą komunikaty i błędy	TAK	
31.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi. Szkolenie personelu technicznego	TAK	
32.	Założenie paszportów technicznych dla dostarczonych urządzeń	TAK	
33.	Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji	TAK	

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach, jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

....., dnia 2017 r.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*



Zgodnie z art. 38 ust. 6 ustawy PZP Zamawiający **przedłuża termin składania ofert do dnia 28.09.2017 r. do godz. 11:00, a termin otwarcia ofert wyznacza na 28.09.2017 r. o godz. 11:15.**

Miejsce składania i otwarcia ofert nie ulegną zmianie.

Zmiany treści Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia są wiążące dla wszystkich Wykonawców i należy je uwzględnić przy sporządzaniu oferty.

Wykonawcy są zobowiązani składać oferty na zmienionym Załączniku Nr 3 do SIWZ pn. Opis przedmiotu zamówienia/Parametry Techniczne, dot. Części Nr 4:

Przedmiot zamówienia: **Defibrylator z możliwością wykonywania kardiowersji i zewnętrznej stymulacji serca:**

- **Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii – 1 szt.**
- **Szpitalny Oddział Ratunkowy - sala operacyjna - 1 szt.**

Z poważaniem

**p.o. Dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie**

dr n. med. Janusz Kapustecki