

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 05 listopada 2015 r.

Znak sprawy: DAZ.26.099.2015 r.
L. dz. 3693/2015 r.

WYKONAWCY UBIEGAJĄCY SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO

Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego, którego przedmiotem jest: **Zakup aparatu do brachyterapii HDR dla Zakładu Radioterapii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie** na podstawie: programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”, zadania pn.: „Poprawa działania systemu radioterapii onkologicznej w Polsce - doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii”.

SPROSTOWANIE

W związku z zaistniałą omyłką w piśmie z dnia 29.10.2015 r. (L.dz. 3620/2015 r.) - odpowiedzi do przedmiotowego postępowania, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny z siedzibą w Częstochowie koryguje udzielone odpowiedzi na zapytanie Wykonawcy w następujący sposób:

Pytanie 4 - pkt. 31

Czy Zamawiający zaakceptuje aparat, w którym „Komunikacja z aparatem na czas dostawy będzie w języku angielskim lub niemieckim, z zapewnieniem bezpłatnej zmiany komunikacji na język polski do terminu instalacji.

Odpowiedź - jest:

Zamawiający zachowuje zapisy zgodnie z SIWZ.

Odpowiedź – winno być:

Komunikacja z aparatem w języku polskim lub angielskim.

Zamawiający, w załączeniu do niniejszego sprostowania przedkłada zmieniony:
Załącznik Nr 3 do SIWZ - OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA – ZESTAWIENIE PARAMETRÓW
TECHNICZNYCH,
uwzględniający zmianę, o której mowa powyżej.

Wykonawcy zobowiązani są do złożenia oferty na zmienionym Załączniku Nr 3 do SIWZ.

Pozostałe zapisy SIWZ pozostają bez zmian.

Wyjaśnienia treści Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia stanowią jej integralną część i zamieszczone zostały na stronie internetowej Zamawiającego, na której jest udostępniona Specyfikacja Istotnych Warunków Zamówienia tj. www.szpitalparkitka.com.pl.

Informujemy, że dotychczas nie przekazano SIWZ zgodnie z art. 42 ust. 2 ustawy Prawo zamówień publicznych.

DYREKTOR
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie

lek. med.. Barbara Magnuszewska - Pankiewicz

.....
Podpis Kierownika Zamawiając

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA – ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

Przedmiot zamówienia: **Aparat do brachyterapii HDR - sztuk 1.**

Producent:

.....

Nazwa-model/typ:

.....

Kraj pochodzenia:

.....

Rok produkcji: 2015

WYMAGANIA TECHNICZNE

| | Parametry wymagane | Warunek graniczny | Parametry oferowane, opis komentarz |
|-----------|--|-----------------------------------|--|
| I. | WYMAGANIA OGÓLNE: | | |
| 1. | Stosowany materiał radioaktywny. | Ir-192 | |
| 2. | Wymagana aktywność źródła. | nominalnie 10 Ci±10% proszę podać | |
| 3. | Średnica kapsuły ze źródłem. | ≤ 0,9mm | |
| 4. | Liczba kanałów roboczych. | minimum 30, proszę podać | |
| 5. | Minimalny czas postoju źródła w jednej pozycji. | ≤ 0,1s | |
| 6. | Krokowe pozycjonowanie źródła. | TAK | |
| 7. | Dokładność pozycjonowania źródła. | minimum ±1mm | |
| 8. | Gwarantowana ilość transferów źródła potwierdzona wykonanymi testami. | minimum 10000, proszę podać | |
| 9. | Zakres ruchu źródła w kanale. | minimum 140cm, proszę podać | |
| 10. | Dodatkowy pomiar czasu. | TAK | |
| 11. | Liczba pozycji postoju źródła w kanale. | minimum 46, proszę podać | |
| 12. | Wbudowany detektor promieniowania. | TAK | |
| 13. | Możliwość ręcznego wycofania źródła i kabla kontrolnego w sytuacjach awaryjnych. | TAK | |
| 14. | Ostonność sejf. | minimum 13Ci, proszę podać | |
| 15. | Aparat z systemem jezdny. | TAK | |
| 16. | Niezależne od sieci zewnętrznej system zasilania awaryjnego. | TAK | |
| 17. | Komputer sterujący aparatem HDR oparty na systemie Windows. | TAK | |
| 18. | Przechowywanie w komputerze sterującym aparatem HDR danych pacjentów planów leczenia i historii frakcjonowania. | TAK | |
| 19. | Funkcja raportowania bezpośrednio na stacji sterującej aparatem HDR. | TAK | |
| 20. | Kabel sprawdzający o długości równej kabla ze źródłem. | TAK | |
| 21. | System dozymetryczny do kalibracji źródła wyposażony w komorę studzienkową i elektrometr; system musi posiadać świadectwo kalibracji na źródło Ir-192. | TAK | |
| 22. | Oferowana konfiguracja zapewnia import planów leczenia z posiadanego systemu planowania leczenia dla brachyterapii. | TAK | |

| | Parametry wymagane | Warunek graniczny | Parametry oferowane, opis komentarz |
|---------------------------------|---|--------------------------|--|
| 23. | Oferowana konfiguracja zapewnia pewną integrację z posiadanym przez zamawiającego z systemem weryfikacji i zarządzania MOSAiQ. | TAK | |
| 24. | Zestaw przewodnic transferowych do aplikatorów ginekologicznych igieł metalowych i igieł plastikowych. | TAK | |
| 25. | Komplet markerów CT/MR i X-Ray do poszczególnych aplikatorów. | TAK | |
| 26. | Oferowana konfiguracja systemu HDR zapewnia pełną kompatybilność z aplikaturami wykorzystywanymi przez Zamawiającego. | TAK | |
| 27. | Kompatybilny CT/MR zestaw aplikatura ginekologicznego śródkankowego typu Fletcher z dwiema sondami domacicznymi z kompletem 20 sztuk igieł śródkankowych plastikowych w komplecie. | TAK | |
| 28. | Zestaw aplikatora dopochwowego przystosowanego do obrazowania CT/MR w komplecie z sondami do macicznymi o minimum 3 różnych kątach. | TAK | |
| 29. | Zestaw ostrych igieł metalowych z mandrynami o średnicy 1,9 mm w zestawie w ilości 20 szt. . | TAK | |
| II. POZOSTAŁE WYMAGANIA: | | | |
| 30. | Instrukcja obsługi i konserwacji w języku polskim przy dostawie i wersja elektroniczna na płycie CD dołączona do oferty. | TAK | |
| 31. | Komunikacja z aparatem w języku polskim lub angielskim. | TAK | |
| 32. | Wszelkie materiały informacyjne w języku polskim. | TAK | |
| 33. | Instalacja we wskazanym miejscu przez Zamawiającego. | TAK | |
| 34. | Aparatura fabrycznie nowa, rok produkcji 2015 (nie powystawowa, nie regenerowana, nie rekondycjonowana) | TAK | |
| 35. | Podać inne funkcje i akcesoria oferowane w cenie, | | |
| III. GWARANCJA: | | | |
| 36. | Gwarancja zaoferowana w § 14 „Opis kryteriów i sposobu oceny oferty”, ust. 1 lit. B (obejmuje cały system z wykonaniem co najmniej dwóch przeglądów okresowych (jeden na rok lub częściej wg zaleceń producenta) w czasie jej trwania z wykorzystaniem tzw. zestawów przeglądowych. | TAK | |
| 37. | Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 48 godzin w okresie gwarancyjnym. Czas naprawy bez użycia części zamiennych (nie dłuższy niż 24 h) liczony od momentu podjęcia naprawy. | TAK | |
| 38. | Liczba napraw gwarancyjnych tego samego podzespołu uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy (nie więcej niż 3). | TAK | |
| 39. | Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 7 dni roboczych. | TAK | |
| 40. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju. | TAK | |
| 41. | Zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat. | TAK | |
| 42. | Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły. | TAK | |
| 43. | Instrukcja obsługi i konserwacji w języku polskim przy dostawie i wersja elektroniczna na płycie CD dołączona do oferty. | TAK | |
| 44. | Założenie paszportów technicznych dla dostarczonych urządzeń. | TAK | |

Uwaga : w kolumnie „WARUNKI GRANICZNE”

TAK – oznacza bezwzględny wymóg, brak żądanej opcji **spowoduje odrzucenie oferty:**

Do oferty należy załączyć opisy np. katalogi/foldery/prospekty/informacje producenta zawierające opisy oferowanego przedmiotu zamówienia, potwierdzające spełnianie parametrów technicznych zawartych w Załączniku Nr 3 do SIWZ. Dokumenty sporządzone w języku obcym muszą być złożone wraz z tłumaczeniem na język polski.

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

....., dnia 2015 r.

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