SZ.S.POO.SZP.3810.88.2025 Brzozów, dnia 30.09.2025r.

 **Dotyczy postępowania**

 **Dostawa inkubatora**

 **Sygn. Sz.S.P.O.O. SZP 3810.88.2025**

 Szpital Specjalistyczny w Brzozowie Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. Ks. B. Markiewicza, występując jako zamawiający w niniejszym postępowaniu, dokonuje modyfikacji  specyfikacji warunków zamówienia w zakresie:

1. Część V. Opis przedmiotu zamówienia.

Zamawiający w tabeli określającej opis przedmiotu zamówienia – parametry wymagane dokonuje zmiany treści pkt 4.

Nowa treść otrzymuje brzmienie:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 4.  | Rok produkcji urządzenia nie starszy niż 2024, zamawiający dopuszcza sprzęt podemonstracyjny | Tak, podać rok produkcji oraz informację czy wykonawca oferuje sprzęt nowy czy podemonstracyjny |  |

1. Część XIII. Termin związania z ofertą - pkt. 1.

Nowa treść pkt. 1 otrzymuje brzmienie:

Wykonawca jest związany ofertą od dnia upływu terminu składania ofert do dnia: 04.11.2025r.

1. Część XVIII. Sposób oraz termin składania ofert - pkt. 4.

Nowa treść pkt. 4 otrzymuje brzmienie:

 4.Trmin składania ofert ustala się na dzień: 06.10.2025r. godz.10:00

1. Części XIX. Termin otwarcia ofert - pkt. 1.

 Nowa treść pkt. 1 otrzymuje brzmienie:

1.Otwarcie ofert nastąpi w dniu 06.10.2025r. godz.10:00 godz. 10:05

1. Załącznik nr 1 do SWZ - Oferta.

Zamawiający z formularza ofertowego wykreśla zapis o treści:

,,Urządzenie fabrycznie nowe. Rok produkcji (nie starszy niż 2025) ………..

 Zamawiający dokonuje zmiany pkt 3 w tabeli określającej parametry sprzętu.

 Nowa treść otrzymuje brzmienie:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 4.  | Rok produkcji urządzenia nie starszy niż 2024, zamawiający dopuszcza sprzęt podemonstracyjny | Tak, podać rok produkcji oraz informację czy wykonawca oferuje sprzęt nowy czy podemonstracyjny |  |

Nowa treść załącznika nr 1 do SWZ stanowi załącznik do niniejszego pisma.

 Zmiany wprowadzone w specyfikacji warunków zamówienia są wiążące dla wszystkich wykonawców biorących udział w przedmiotowym postępowaniu.

 **Załącznik nr 1**

**Wykonawca:**

**………………………..…………**

**…………………………..………**

**………………………..…………**

**(*pełna nazwa/firma, adres)***

**NIP *………………………….….***

***KRS ……………………..………***

**OFERTA**

W odpowiedzi na ogłoszenie dotyczące udzielenia zamówienia publicznego na dostawę inkubatora, składam następującą ofertę:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.p.*** | ***Opis przedmiotu zamówienia*** | ***j.m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jedn. netto PLN*** | ***Cena jednostkowa brutto******PLN*** | ***Wartość netto PLN*** | ***VAT*** ***%*** | ***Wartość brutto******PLN*** |
|  1. | **Inkubator** |  szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| 2.  | **Razem:** |  |  x |  |

**UWAGA!**

Jeżeli na przedmiot zamówienia składają się elementy o różnej stawce podatku VAT należy w tabeli powyżej wyszczególnić je odrębnie.

Opis przedmiotu zamówienia – zestawienie parametrów wymaganych i oferowanych

Inkubator - 1 sztuka.

Nazwa …………………………………………………………………………………………………………..
Typ / model ……………………………………………………………………………………………………

Producent ……………………………..…………. Kraj ……………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Parametr | Wartość wymagana | Wartość oferowana przez Wykonawcę (podać oferowaną wartość w zależności od wartości wymaganej) |
|  | Inkubator przeznaczony do intensywnej opieki nad noworodkiem | TAK |  |
|  | Inkubator stacjonarny o stabilnej konstrukcji umieszczony na podstawie jezdnej. Wszystkie kółka wyposażone w hamulce | TAK |  |
|  | Rok produkcji urządzenia nie starszy niż 2024, zamawiający dopuszcza sprzęt podemonstracyjny  | Tak, podać rok produkcji oraz informację czy wykonawca oferuje sprzęt nowy czy podemonstracyjny  |  |
|  | Zasilanie sieciowe 230 V, 50 Hz | TAK |  |
|  | Podstawa z elektrycznie regulowaną wysokością umożliwiająca dostęp do dziecka przebywającego w inkubatorze z pozycji siedzącej dla rodziców. Możliwość wysunięcia szuflad na jedną ze stron aby umożliwić wsunięcie krzesła fotela z siedzącym opiekunem i kontakt z dzieckiem. Regulacja podstawy realizowana z obu stron inkubatora | TAK |  |
|  | Możliwość zablokowania pedałów unoszenia kopuły. | TAK |  |
|  | Materacyk o udokumentowanych właściwościach przeciwodleżynowych | TAK |  |
|  | Po dwa otwory pielęgnacyjne na ściankach bocznych i min. 1 od strony czołowej. Otwory pielęgnacyjne z cichym zamykaniem. | TAK, podać |  |
|  | Kopuła umożliwiająca dostęp do noworodka poprzez jej otwarcie, uniesienie. Ruch kopuły realizowany za pomocą mechanizmu sterowanego elektrycznie. Regulacja realizowana z obu stron inkubatora. Możliwość uniesienia kopuły za dotknięciem jednego przycisku w sytuacjach krytycznych dla noworodka. | TAK |  |
|  | Możliwość zablokowania pedałów podnoszenia osłony górnej. | TAK |  |
|  | Po uniesieniu kopuły urządzenie automatycznie ma utrzymywać zadaną wcześniej temperaturę | TAK |  |
|  | Regulacja pochylenia materacyka minimum +/-12 stopni | TAK, podać |  |
|  | Otwierana ścianka boczna z podwójnym zabezpieczeniem przed przypadkowym otwarciem. | TAK |  |
|  | Podstawa materacyka obrotowa (obrót 360º), zapewniająca optymalny dostęp do pacjenta bez konieczności przemieszczania go do celów zabiegowych. Obrotowy materacyk zmniejszający ilość stresu związanego z nadmiernym przenoszeniem.  | TAK |  |
|  | Możliwość wysunięcia łóżeczka na zewnątrz inkubatora z zabezpieczeniem przed wypadnięciem i przechyleniem przy wysunięciu.  | TAK |  |
|  | Prowadnice do wprowadzenia kasety RTG pod materacyk bez konieczności przemieszczania dziecka, ze znacznikami pozycji kasety. | TAK |  |
|  | Konstrukcja kopuły dwuścienna z aktywnym ogrzewaniem przestrzeni miedzy ściankami co umożliwi lepsze utrzymanie temperatury oraz ograniczy skraplanie podczas prowadzenia nawilżania.  | TAK |  |
|  | Uszczelnione otwory (przepusty) na rury, przewody monitorowania, cewniki | TAK |  |
|  | System cyrkulacji powietrza pod kopułą tworzący kurtynę, zwiększany przy otwarciu ścianki bocznej | TAK |  |
|  | Głośniki alarmów umieszczone w sposób ograniczający poziom hałasu oddziałującego na pacjenta | TAK |  |
|  | Średni poziom hałasu pod kopułą nie większy niż 41dB | TAK, podać |  |
|  |  Układ automatycznej regulacji nawilżania  | TAK |  |
|  | Zakres regulacji nawilżania minimum (30÷90)%. | TAK, podać |  |
|  | Zbiornik na wodę umieszczony poza przedziałem pacjenta. Nie dopuszcza się bezpośredniego kontaktu wody w zbiorniku z powietrzem obiegającym przedział noworodka. Poziom wody w zbiorniku, widoczny dla personelu. | TAK |  |
|  | System nawilżania i podaży nawilżonego powietrza do przestrzeni inkubatora niwelujący drobnoustroje. | TAK |  |
|  | System nawilżenia z udokumentowanym działaniem niwelującym wzrost drobnoustrojów.  | TAK |  |
|  | Możliwość sterylizacji pojemnika na wodę.  | TAK |  |
|  |  Układ automatycznej regulacji stężenia tlenu | TAK |  |
|  | Układ automatycznej regulacji temperatury bazujący na pomiarach temperatury skóry noworodka | TAK |  |
|  | Układ automatycznej regulacji temperatury bazujący na pomiarach temperatury powietrza w kopule | TAK |  |
|  | Panel sterujący z dużym, dotykowym kolorowym ekranem powyżej 10 cali umieszczonym centralnie, do konfiguracji pracy inkubatora, oraz prezentacji mierzonych parametrów | TAK |  |
|  | Ekran sterowania i wyświetlania dostępny z obu stron inkubatora. | TAK |  |
|  | Jednoczesne cyfrowe wyświetlanie temperatury nastawionej i rzeczywistej (zmierzonej) | TAK |  |
|  | Alarmy akustyczno-optyczne monitorowanych parametrów oraz braku wody w pojemniku nawilżacza | TAK |  |
|  | System bezdotykowego wyciszania alarmów, realizowany wyłącznie poprzez ruch ręki w pobliżu czujnika ruchu, zapobiegający rozprzestrzenianiu drobnoustrojów poprzez kontakt personelu z częścią niesterylną urządzenia oraz ułatwiający obsługę urządzenia podczas wykonywania procedur medycznych | TAK |  |
|  | Wykonywanie automatycznie testu sprawdzającego po włączeniu do sieci | TAK |  |
|  | Wbudowana elektroniczna waga dla noworodka | TAK |  |
|  | Dołączona prosta instrukcja jak poprawnie zważyć pacjenta | TAK |  |
|  | Minimum dwie szyny umożliwiające mocowanie akcesoriów do inkubatora  | TAK, podać |  |
|  | Możliwość przesyłania danych do urządzeń zewnętrznych | TAK |  |
|  | Automatyczne ustawienie parametrów inkubatora (zakres temperatury) na podstawie wprowadzonych parametrów życiowych noworodka | TAK |  |
|  | Szuflada lub szafka, umieszczona pod łóżeczkiem inkubatora, na akcesoria i przybory pielęgnacyjne wysuwana na obie dłuższe strony inkubatora. | TAK |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie szuflady lub szafki: minimum 6,5 kg.  | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wyświetlania na ekranie pomocy instrukcji z objaśnieniami dotyczącymi alarmów, funkcji, elementów sterowania, obsługi | TAK |  |
|  | Możliwość wpisania na ekranie imienia i nazwiska dziecka, datę urodzenia, możliwość zmiany jasności ekranu | TAK |  |
|  | Gwarancja zapewniona przez autoryzowanego dystrybutora producenta minimum 24 miesiące wraz z bezpłatnymi przeglądami w tym okresie | TAK, podać  |  |

**Termin dostawy:** do …………….tygodni od zawarcia umowy.

**Osoba do kontaktu**: …………………………………

**Tel.** …………………………………………………………..

**Adres e-mail:** …………………………………………..

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis osoby upoważnionej