*Załącznik nr 2*

*do Specyfikacji Warunków Zamówienia*

*nr PN-13/24*

*Załącznik nr 2*

*do umowy nr PN-13/24*

**PARAMERTY TECHNICZNE ROBOTA do przygotowywania leków cytostatycznych**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | nazwa handlowa urządzenia |  |
| 2 | model i typ |  |
| 3 | producent (nazwa/siedziba) |  |
| 4 | kraj pochodzenia |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| lp. | opis cytorobota | parametr wymagany | szczegółowy opis parametrów oferowanego przedmiotu zamówienia(kolumna wypełniana przez WYKONAWCĘ) |
| 1. | cytorobot wyposażony we wszystkie niezbędne do prawidłowej pracy akcesoria | tak |  |
| 2. | cytorobot do przygotowywania leków cytostatycznych pracujący z wykorzystaniem materiałów jednorazowych tworzących system zamknięty CSTD posiadający kod ONB wydany przez FDA | tak |  |
| 3. | cytorobot obsługujący minimum następujące elementy jednorazowe będące częścią systemu zamkniętego: * strzykawki wraz z konektorami (rozmiary strzykawek od 1 ml do 60 ml), adaptery na fiolkę (dla rozmiarów od 13 mm do 20 mm);
* adaptery i dreny kolcowe (do obsługi worków lub butelek) oraz adaptery luer lock (do obsługi np. pomp elastomerowych)
 | tak |  |
| 4. | waga urządzenia maksimum 50 kg | tak,proszę podać wagę |  |
| 5. | kompaktowa budowa pozwalająca na pracę w standardowej loży laminarnej o szerokości 130 cmcytorobot o wymiarach:* szerokość: w granicy 900 mm -915 mm,
* głębokość: w granicy 400 mm - 415 mm,
* wysokość: w granicy 615 mm - 625 mm
 | takproszę podać wymiary |  |
| 6. | możliwość podłączenia do sieci elektrycznej ZAMAWIAJĄCEGO o parametrach:* typ zasilania: jednofazowe z zabezpieczeniem 16A,
* napięcie: 230 VAC,
* maksymalna moc elektryczna 4,0 kW
 | tak, proszę podać  |  |
| 7. | praca cytorobota wspomagana poprzez system minimum trzech kamer; kamery wykorzystywane do następujących czynności: * weryfikacja/identyfikacja etykiet na fiolkach,
* identyfikacja wielkości strzykawek,
* identyfikacja worków,
* identyfikacja objętości użytego leku,
* wykrywanie pęcherzyków powietrza w strzykawkach
 | tak, proszę podać |  |
| 8. | cytorobot przeznaczony do instalacji w środowisku klasy A (GMP) | tak |  |
| 9. | cytorobot utrzymuje czystość środowiska klasy A (GMP) | tak |  |
| 10. | cytorobot wyposażony w minimum 3 stanowiska pracy kompatybilne z workami (stacje robocze) oraz 2 shakery | tak, proszę podać |  |
| 11. | * duża wydajność produkcji;
* minimum 25 przygotowań leku na godzinę;
* cytrobot posiadający zintegrowany komputer oraz ekran dotykowy,
* przygotowujący lek w strzykawce, w worku oraz w pompie elastomerowej
 | tak, proszę podać |  |
| 12. | robot zintegrowany przez sieć LAN z programem (zainstalowanym na PC w języku polskim lub angielskim) nadzorującym parametry pracy i alarmy | tak |  |
| **II.** | **warunki instalacji, serwisu i gwarancji**  |  |  |
| 1. | cytorobot fabrycznie nowy, wyprodukowany nie wcześniej niż w 2024 r (nie dotyczy materiałów eksploatacyjnych) | tak, proszę podać |  |
| 2. | aparatura nieużywana, nie rekondycjonowana, nie powystawowa, wszystkie elementy składowe i podzespoły fabrycznie nowe; | tak |  |
| 3. | okres gwarancji: minimum 24 miesiące od spisania przez strony protokołu przekazania | tak, proszę podać |  |
| 4. | instrukcja obsługi w języku polskimi angielskim w wersji papierowej i elektronicznej - dostarczane wraz z urządzeniem | tak, proszę dostarczyć wraz z dostawą |  |
| 5. | DTR w języku polskim w formie papierowej i elektronicznej – w ciągu 10 dni od dnia podpisania umowy | tak |  |
| 6. | szkolenie personelu medycznego (18 osób) w zakresie eksploatacji i obsługi oferowanego urządzenia, w siedzibie ZAMAWIAJĄCEGO, w pełnym zakresie, niezbędnym do prawidłowego i bezpiecznego korzystania z urządzenia i jego bieżącej konserwacji, potwierdzone protokołem; data i godzina szkolenia uzgodniona i zaakceptowana zostanie przez ZAMAWIAJĄCEGO;(ZAMAWIAJĄCY zastrzega możliwość szkolenia we wcześniej uzgodnionych godzinach popołudniowych) | tak |  |
| 7. | paszport techniczny z odpowiednimi wpisami, potwierdzającymi montaż, uruchomienie, szkolenie z informacją o sprawności urządzenia | tak, proszę dostarczyć wraz z dostawą |  |
| 8. | przeglądy techniczne oraz naprawy w okresie dzierżawy wykonywane będą zgodnie z zaleceniem producenta zawartym w dokumentacji technicznej wraz z materiałami eksploatacyjnymi, niezbędnym transportem sprzętu i wymianą części w cenie dzierżawy | tak |  |
| 9. | wszelkie czynności serwisowe wykonywane w siedzibie ZAMAWIAJĄCEGO w miejscu wskazanym przez ZAMAWIAJĄCEGO | tak |  |
| 10. | przestrzeganie terminów wymaganych przeglądów technicznych realizowane będzie przez WYKONAWCĘ bez konieczności powiadomienia przez ZAMAWIAJĄCEGO | tak |  |
| 11. | WYKONAWCA powiadomi ZAMAWIAJĄCEGO z 30 dniowym wyprzedzeniem o terminie wykonania okresowego przeglądu technicznego drogą elektroniczną, na adres uigm@onkologia.szczecin.pl | tak |  |
| 12. | wystawienie protokołu serwisowego po każdym przeglądzie technicznym lub naprawie oraz wpis do paszportu technicznego | tak |  |
| 13. | zgłoszenia awarii realizowane drogą elektroniczną lub telefonicznie na e-mail i na nr telefonu podany przez WYKONAWCĘ | tak |  |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024 r. | *podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu WYKONAWCY* |