*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 cm  cytorobot o wymiarach:   * szerokość: w granicy 900 mm -915 mm, * głębokość: w granicy 400 mm - 415 mm, * wysokość: w granicy 615 mm - 625 mm | tak  proszę 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 polskim i 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* |