**Opis wymagań dla świadczenia usługi polegającej na zapewnieniu i utrzymaniu w należytym stanie technicznym sprzętu wykorzystywanego do tlenoterapii. załącznik nr 1 do zaproszenia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Sprzęt | Liczba sztuk |
|  |  | **50** |
|  | **Producent………………………………………………** | **Model……………………………………………** |
| L.p. | Wymagania Zamawiającego | Potwierdzenie minimalnych wymagań lub /Parametry oferowane (podać dokładne wartości ) |
|  | | |
| 1 | Aparat przystosowany do wykonywania tlenoterapii w domu pacjenta |  |
| 2 | Rok produkcji aparatu nie starszy niż 2018 |  |
| 3 | Waga aparatu max 20kg |  |
| 4 | Aparat wyposażony w kółka umożliwiające blokadę ruchu aparatu |  |
| 5 | Poziom natężenia pracy aparatu max 40dB |  |
| 6 | Wymiary aparatu max-65cmx40cmx31cm +/- 5% |  |
| 7 | Zasilanie aparatu 230V, 50Hz |  |
| 8 | Każdy aparat wyposażony w kaniule nosowe oraz nawilżacz |  |
| 9 | Wykonawca w ciągu 10 dni od daty podpisania umowy dostarczy aparaty do wykonywania tlenoterapii do pacjentów pod wskazane przez Zamawiającego adresy. Z czynności tych sporządzony zostanie **Protokół odbioru, instalacji i uruchomienia – załącznik nr 5** |  |
| 10 | **Każde dostarczenie** aparatu zostanie potwierdzone przez pacjenta i /lub opiekuna zgodnie **z załącznikiem nr 6** |  |
| 11 | Każdy pacjent i/lub opiekun zostanie **przeszkolony** z obsługi **załącznik nr 6** |  |
| 12 | Każdemu pacjentowi i/lub opiekunowi wraz z urządzeniem zostanie przekazany **paszport techniczny** aparatu z potwierdzeniem jego sprawności technicznej - **załącznik nr 6** |  |
| 13 | Każdemu pacjentowi i/lub opiekunowi zostanie przekazana **instrukcja obsługi** - **załącznik nr 6** |  |
| 14 | Przeglądy aparatów będą wykonywane zgodnie z zaleceniami producenta.  Zalecenia co do częstotliwości i rodzaju czynności proszę załączyć do oferty. |  |
| 15 | Raport z przeglądu przekazywany będzie do SPWSZ Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc – Tlenoterapia Domowa. Raport będzie zawierał co najmniej:  nr seryjny aparatu  informacje o wymianie filtra powietrza  oraz o wymianie filtra przeciwbakteryjnego,  pomiar stężenia tlenu wytwarzanego przez aparat przy przepływie 2l/min  podpis osoby dokonującej przeglądu zgodnie z **załącznikiem nr 2** |  |
| 16 | W przypadku zgłoszenia niesprawności używanego aparatu dostawca dostarczy nowy sprawny aparat w ciągu 48 godzin od chwili zgłoszenia |  |
| 17 | W przypadku zmiany adresu dla wykonywania usługi każdorazowo urządzenie zostanie zdezynfekowane oraz zostaną wymienione filtry a z tych czynności zostanie sporządzony raport i zostanie przekazany do  Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc – Tlenoterapia Domowa. |  |
| 18 | Wykonawca kalkulując cenę powinien uwzględnić okoliczność iż w trakcie trwania okresu rozliczeniowego może dojść do sytuacji zmiany adresu pacjenta korzystającego z tlenoterapii  ilość takich sytuacji jest niemożliwa do przewidzenia.  **W poprzednim okresie trwania umowy tj w roku 2017zakończenie leczenia wystąpiło 19 razy a rozpoczęcie leczenia 8 razy.**  **W roku 2018 zakończenie leczenia wystąpiło 11 razy a rozpoczęcie leczenia 10 razy.** |  |
| 19 | Szkolenie personelu z obsługi urządzenia dla min 3 osób potwierdzone wystawieniem certyfikatów imiennych |  |

**POUCZENIE:**

W przypadku, gdy Wykonawca nie poda dokładnej wartości oferowanego parametru, a jedynie zamieści odpowiedź „TAK” lub „min./max.” Zamawiający uzna, że oferowany parametr ma wartość odpowiadającą wartości określonej przez Zamawiającego w kolumnie „Wymagania zamawiającego”.

....................................……..…… ………..………………………………………..……………………………

(miejscowość, data) (pieczęć i podpis osoby / osób wskazanych w

dokumencie, uprawnionej /uprawnionych do

występowania w obrocie prawnym, reprezentowania Wykonawcy i składania oświadczeń woli w jego imieniu