



ŚLĄSKIE CENTRUM CHORÓB SERCA W ZABRZU

SZPITAL PROMUJĄCY ZDROWIE

Misja szpitala: "Jesteśmy, aby ratować, leczyć, dawać nadzieję..."

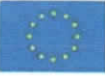


ul. M. Curie-Skłodowskiej 9, 41-800 Zabrze
www.sccs.pl



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



Dyrektor Naczelny
Prof. dr hab. n. med. Marian Zembala
tel. 32 373 36 89, fax 32 278 43 34
e-mail: sek.kch@sccs.pl

Dyrektor ds. Medycznych
Prof. dr hab. n. med. Piotr Przybyłowski
tel. 32 373 36 89 fax 32 278 43 34
e-mail: sekretariat.medyczny@sccs.pl

Dyrektor ds. Ekonomiczno-Administracyjnych
Mgr Bożena Duda
tel./fax 32 271 76 54
e-mail: sekretariat.ekonomiczny@sccs.pl

Dyrektor ds. Techniczno-Eksploatacyjnych
Mgr inż. Jacek Kaszewski
tel./fax 32 271 76 54
e-mail: sekretariat.ekonomiczny@sccs.pl

Naczelna Pielęgniarka
Mgr Monika Parys
tel. 32 373 36 43
e-mail: m.parys@sccs.pl

Główny Księgowy
Mgr Janina Krzemińska
tel. 32 373 37 47
e-mail: j.krzeminska@sccs.pl

**Kierownik Katedry Kardiologii,
Wrodzonych Wad Serca i Elektroterapii,
Oddział Kliniczny Kardiologii SUM**
Prof. dr hab. n. med. Zbigniew Kalarus
tel. 32 271 34 14, fax 32 37 33 792
e-mail: karzab@sum.edu.pl

**Kierownik III Katedry
i Oddziału Klinicznego Kardiologii SUM**
Prof. dr hab. n. med. Mariusz Gąsior
tel. 32 273 26 81, fax 32 373 38 19
e-mail: sechs@sum.edu.pl

**Kierownik Oddziału Klinicznego Wrodzonych
Wad Serca i Kardiologii Dziecięcej SUM**
Prof. dr hab. n. med. Jacek Białkowski
tel./fax 32 271 34 01
e-mail: sek.kdz@sccs.pl

**Kierownik Katedry i Oddziału Klinicznego
Kardiochirurgii, Transplantologii, Chirurgii
Naczyniowej i Endowaskularnej SUM**
Prof. dr hab. n. med. Marian Zembala
tel. 32 37 33 689, fax 32 278 43 34
e-mail: sek.kch@sccs.pl

**Kierownik Oddziału Klinicznego
Kardioanestezji i Intensywnej Terapii SUM**
Prof. dr hab. n. med. Piotr Knapik
tel. 32 479 34 70
e-mail: kardanest@sum.edu.pl

**Centrala Śląskiego Centrum Chorób Serca
w Zabrzu**
tel. 32 37 33 600, 32 271 52 61

Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu
Bank Gospodarstwa Krajowego, Oddział Katowice
93 1130 1091 0003 9111 9420 0001

Fundacja Śląskiego Centrum Chorób Serca
Bank Zachodni WBK S.A. I O/Zabrze
08 1090 2037 0000 0001 0321 0905

Stowarzyszenie Transplantacji Serca
Bank BPH S.A. I O/Zabrze
55 1240 4849 1111 0000 5352 0652
(środki wyłącznie na potrzeby SCCS i leczonych chorych)
Więcej informacji na temat
Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu
na stronie internetowej www.sccs.pl
Wirtualny Kardiolog – interaktywna diagnoza:
www.sccs.pl/kardiolog/

Zabrze dnia 22.10.2018r.

SCCS/EZP/1324/13082/18

Uczestnicy postępowania

dot.: przetargu nieograniczonego na „Dostawę aparatury medycznej” (106/EZP/18).

W związku ze zgłoszonymi przez Wykonawców pytaniami do SIWZ dotyczącymi ww. postępowania:

dot. Pakietu nr 4

1. Zwracamy się do Zamawiającego o dopuszczenie aparatów do pomiaru krzepliwości krwi, które nie mają czytnika kodów paskowych wewnątrz aparatu, spełniających pozostałe wymagania SIWZ.

Zamawiający odpowiada: Zamawiający dokonuje modyfikacji SIWZ w zakresie Pakietu nr 4 - Załącznik nr 7. W załączeniu zmodyfikowany Załącznik nr 7 Parametry techniczne.

Równocześnie informujemy, że zgodnie z art. 12a ustawy Prawo zamówień publicznych przesuwamy termin składania i otwarcia ofert w ww. postępowaniu.

**Nowy termin składania ofert:
20.11.2018r. godz. 12:00**

**Nowy termin otwarcia ofert:
20.11.2018r. godz. 12:30**

Z poważaniem

DYREKTOR
ds. ekonomiczno-administracyjnych

mgr Bożena Duda

Bożena Duda

| Nazwa urządzenia: Aparat do mierzenia krzepliwości krwi | | | | |
|---|---|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------|
| Miejsce przeznaczenia: Blok Operacyjny | | | | |
| Lp. | Parametry techniczne i funkcjonalne | Wymagania | Parametr oceniany | Wartość oferowana |
| I | Informacje ogólne | | | |
| 1. | Producent | Podać | Bez oceny | |
| 2. | Nazwa i typ aparatu | Podać | Bez oceny | |
| 3. | Rok produkcji: 2018, sprzęt fabrycznie nowy | Tak | Bez oceny | |
| II | Parametry ogólne | | | |
| 1. | Aparat do pomiaru czasu krzepnięcia krwi | Tak | Bez oceny | |
| 2. | Dwie niezależne komory pomiarowe | Tak/Nie | Tak – 10 pkt. Nie – 0 pkt. | |
| 3. | Podwójny detektor | Tak/Nie | Tak – 5 pkt. Nie – 0 pkt. | |
| 4. | Zasilanie sieciowe | Tak | Nie – 0 pkt. | |
| 5. | Zakres pomiarowy min. 0-1500 sek | Tak | Bez oceny | |
| 6. | Ekran do prezentacji pomiarów | Tak | Bez oceny | |
| 7. | Możliwość wprowadzania ID pacjenta i obsługi | Tak/Nie | Tak – 5 pkt. Nie – 0 pkt. | |
| 8. | Czytnik kodów paskowych wewnątrz aparatu | Tak/Nie | Tak – 5 pkt. Nie – 0 pkt. | |
| 9. | Pamięć pomiarów, ID pacjenta i obsługi | Tak/Nie | Tak – 5 pkt. Nie – 0 pkt. | |
| 10. | Elektroniczne testowanie i kontrola aparatu (wraz z niezbędnym wyposażeniem do wykonania QC) | Tak, min. 1 zestaw na 3 aparaty | Bez oceny | - |
| 11. | Aparat kompatybilny pod względem użycia jednakowych probówek z aparatami ACTALYKE MINI II będącymi na wyposażeniu Zamawiającego | Tak/Nie | Tak – 10 pkt. Nie – 0 pkt. | |
| III | Pozostałe | | | |
| 1. | Zagwarantowanie dostępności części przez minimum 8 lat od dostawy | Tak, oświadczenie załączyć do umowy | Bez oceny | |
| 2. | Gwarancja minimum 24 miesięcy przez autoryzowany serwis (podać okres) | Tak, podać | 24 m-ce 0 pkt. 36 m-cy 10 pkt. | |
| 3. | Instrukcja w języku polskim (dostawa z urządzeniem) | Tak | Bez oceny | |
| 4. | Szkolenie personelu z zakresu obsługi i eksploatacji aparatu | Tak | Bez oceny | |
| 5. | Szkolenie pracowników Pracowni Elektroniki Medycznej Zamawiającego | Tak | Bez oceny | |

| | | | | |
|-----|---|-------------------------|-----------|--|
| 6. | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych (zawartych w cenie oferty) niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | Tak | Bez oceny | |
| 7. | Częstotliwość przeglądów | Podać i opisać | Bez oceny | |
| 8. | Czas reakcji na zgłoszenie awarii – do 24 godz. (w dni robocze), czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw maks. 7 dni roboczych, czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów maks. 14 dni roboczych | Tak | Bez oceny | |
| 9. | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak | Bez oceny | |
| 10. | Autoryzowany serwis gwarancyjny | Podać dane kontaktowe | Bez oceny | |
| 11. | Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem) | Tak | Bez oceny | |
| 12. | Broszury techniczne, instrukcje, foldery potwierdzające spełnienie wymagań | Tak, załączyć do oferty | Bez oceny | |

.....
*(podpis osoby upoważnionej do reprezentacji
Wykonawcy)*