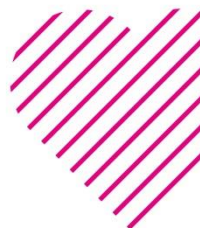




SZPITAL KLINICZNY
IM. KAROLA JONSCHERA
Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego
W POZNANIU



Nasz znak ZP 03/25

Poznań, dnia 07.03 2025 roku

Szanowni Wykonawcy !

Dotyczy: postępowania przetargowego na dostawę jałowego sprzętu medycznego i środków do dezynfekcji -26 pakietów.

Zamawiający na podstawie art. 137 ust.1 ustawy pzp z dnia 11 września 2019 roku wprowadza zmiany do Specyfikacji Warunków Zamówienia w sposób jak poniżej :

1.W załączniku nr 1 „Wykaz Przedmiotu Zamówienia” Pakiet nr 4 zmiana polega na wykreśleniu pkt. 6 .W związku z powyższym zmiana ulega numeracja w pakiecie nr 4.

2.W SWZ załączniku nr 1 „ Zestawienie parametrów technicznych” Tabela nr 1 „ Zestawienie parametrów wymaganych (granicznych)” pkt.31 i pkt. 55 zmiana jak poniżej zmianę zaznaczono pogrubiona czcionką.

Jest:

Lp.	PARAMETRY	WYMOGI (warunki / parametry graniczne)	Wykonawca poda wymagane informacje zgodnie z poniższą tabelą. Miejsca zaznaczone „xxx” Wykonawca nie wypełnia. Wykonawca składając ofertę potwierdza, że oferowane dostawy spełniają wymagania dotyczące oferowanych dostaw wskazane w miejscach „xxx”.
31	Urządzenie/ Aparatura powinna mieć możliwość skonfigurowania komunikacji wg protokołu DICOM 3.0 i HL7 2.3.1 lub 2.5 niezbędne do integracji ze szpitalnymi systemami informatycznymi typu HIS – polegający na zbieraniu parametrów życiowych pacjenta Urządzenie/ Aparatura gotowa do integracji z posiadanym przez Zamawiającego systemem szpitalnym ESKULAP	TAK	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
55	Urządzenie/ Aparatura powinna mieć możliwość skonfigurowania komunikacji wg protokołu DICOM 3.0 i HL7 2.3.1 lub 2.5 niezbędne do integracji ze szpitalnymi systemami informatycznymi typu HIS – polegający na zbieraniu parametrów życiowych pacjenta Urządzenie/ Aparatura gotowa do integracji z posiadanym przez Zamawiającego systemem szpitalnym ESKULAP	TAK	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Po zmianach :

Lp.	PARAMETRY	WYMOGI (warunki / parametry graniczne)	Wykonawca poda wymagane informacje zgodnie z poniższą tabelą. Miejsca zaznaczone „xxx” Wykonawca nie wypełnia. Wykonawca składając ofertę potwierdza, że oferowane dostawy spełniają wymagania dotyczące oferowanych dostaw wskazane w miejscach „xxx”.
31	Urządzenie/ Aparatura powinna mieć możliwość skonfigurowania komunikacji wg protokołu -HL7 min 2.5 lub wyższe (tj. w przedziale 2.5. x-2.9) niezbędnego do integracji ze szpitalnymi systemami informatycznymi typu HIS – polegający na zbieraniu parametrów życiowych pacjenta. Urządzenie/ Aparatura gotowa do integracji z posiadanym przez Zamawiającego systemem szpitalnym ESKULAP	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
55	Urządzenie/ Aparatura powinna mieć możliwość skonfigurowania komunikacji wg protokołu -HL7 min 2.5 lub wyższe (tj. w przedziale 2.5. x-2.9) niezbędnego do integracji ze szpitalnymi systemami informatycznymi typu HIS – polegający na zbieraniu parametrów życiowych pacjenta. Urządzenie/ Aparatura gotowa do integracji z posiadanym przez Zamawiającego systemem szpitalnym ESKULAP	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

UWAGA :

1. Zmiana Terminu składania , otwarcia i związania ofertą.

Zamawiający na podstawie art. 137 ust. 6 ustawy pzp przedłuża termin składania ofert o czas niezbędny do zapoznania się z zmianami i przygotowania oferty.

CZĘŚĆ IX Rozdział I pkt. 1 SWZ o treści:

Termin składania ofert:

- Ofertę wraz z dokumentami o których mowa w części VIII rozdział II lit C, należy złożyć w postaci elektronicznej, na platformie zakupowej https://platformazakupowa.pl/pn/skp_ump do dnia **31.03.2025 r. godz. 7:30**

zmienia się na:

Ofertę wraz z dokumentami o których mowa w części VIII rozdział II lit C, należy złożyć w postaci elektronicznej, na platformie zakupowej https://platformazakupowa.pl/pn/skp_ump do dnia **03.04.2025 r. godz. 7:30**

Część IX Rozdział II pkt.1 SWZ o treści:

Termin otwarcia ofert:

- Otwarcie złożonych ofert nastąpi w dniu **31.03.2025 r. o godzinie 08:00.**, na profilu Zamawiającego na platformazakupowa.pl/pn/skp_ump

zmienia się na:

Otwarcie złożonych ofert nastąpi w dniu **03.04.2025 r. o godzinie 08:00.**, na profilu Zamawiającego na platformazakupowa.pl/pn/skp_ump

Część VII Rozdział I pkt SWZ o treści:

Rozdział I : Wniesienie wadium

1. Wykonawca zobowiązany jest wnieść wadium w kwocie określonej w załączniku nr 1 dla danego pakietu, przed upływem terminu składania ofert, tj. **do 31.03.2025r. godz. 07.30 i utrzymania wadium nieprzerwanie do dnia upływu terminu związania ofertą**, z wyjątkiem przypadków, o których mowa w art. 98 ust. 1 pkt 2 i 3 oraz ust. 2

zmienia się na:

1. Wykonawca zobowiązany jest wnieść wadium w kwocie określonej w załączniku nr 1 dla danego pakietu, przed upływem terminu składania ofert, tj. **do 03.04.2025r. godz. 07.30 i utrzymania wadium nieprzerwanie do dnia upływu terminu związania ofertą**, z wyjątkiem przypadków, o których mowa w art. 98 ust. 1 pkt 2 i 3 oraz ust. 2

Część VIII Rozdział I pkt. 1 SWZ o treści:

Rozdział I - Termin związania ofertą:

Wykonawca jest związany ofertą od dnia upływu terminu składania ofert do dnia **28.06 2025r.** (nie dłużej niż 90 dni).

zmienia się na:

Wykonawca jest związany ofertą od dnia upływu terminu składania **ofert do dnia 01.07 2025r.** (nie dłużej niż 90 dni).

Stosownie do treści art. 90 ust 1 ustawy Zamawiający udostępnia publikację ogłoszenia o zmianie ogłoszenia w zakresie zmiany terminu realizacji, terminu składania, otwarcia i związania ofertą – w załączeniu ogłoszenie o zmianie ogłoszenia

.....
Sekretarz Komisji Przetargowej

Z wyrazami szacunku

W załączeniu:
-obowiązujący Pakiet nr 4

.....
Dyrektor Szpitala

Dział Zamówień Publicznych
tel : 061- 84913-75

ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań
Tel. centrala 61 8491200 Fax 61 8483362
szpital@skp.ump.edu.pl

www.skp.ump.edu.



PACIENT naszym priorytetem
JAKOŚĆ naszym wyzwaniem

Pakiet nr 4

Wadium: 2.200,00 zł

LP.	Przedmiot zamówienia	Ilość szt.	Cena jedn. netto	Cena jedn. brutto	Stawka podatku VAT (w %)	Wartość netto zamówienia	Wartość brutto zamówienia
Oddział XV Transplantacji Szpiku							
1.	Pompa objętościowa przepływowa	6 szt.					
2.	Czujnik kropli do pompy	6 szt.					
3.	Zasilacz do pompy	6 szt.					
4.	Uchwyt do pompy	6 szt.					
5.	Pompa infuzyjna strzykawkowa	9 szt.					
6.	Zasilacz do pompy	9 szt.					
7.	Uchwyt do pompy	9 szt.					
Oddział V/D Dzienny Onkologiczny							
8.	Pompa objętościowa przepływowa	2 szt.					
9.	Czujnik kropli do pompy	2 szt.					

10.	Zasilacz do pompy	2 szt.					
11.	Uchwyt do pompy	2 szt.					
	SUMA	XXXXX	XXXXX	XXXXX	xxxxxx		

Cena netto (bez VAT).....

Słownie zł.....

cena brutto (z VAT).....

Słownie.....

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

(szczegółowy opis przedmiotu zamówienia)

Tabela nr 1 . Zestawienie parametrów wymaganych (granicznych)

LP.	PARAMETRY	WYMOGI (warunki / parametry graniczne)	Wykonawca poda wymagane informacje zgodnie z poniższą tabelą. Miejsca zaznaczone „xxx” Wykonawca nie wypełnia. Wykonawca składając ofertę potwierdza, że oferowane dostawy spełniają wymagania dotyczące oferowanych dostaw wskazane w miejscach „xxx”.
POMPA OBJĘTOŚCIOWA PRZEPŁYWOWA - WYMAGANIA OGÓLNE			
1.	Producent/kraj	PODAĆ	Podać.....

2.	Model/typ	PODAĆ	Podać..... ...
3.	Rok produkcji: nie starsze niż 2024, urządzenie fabrycznie nowe	TAK	Podać.....
4.	Zasilanie zasilacza AC 230 V, 50 Hz, sieciowe	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
5.	Pompa objętościowa sterowana elektronicznie, umożliwiającą współpracę z systemem centralnego zasilania i zarządzania danymi, przeznaczona do stosowania u dorosłych, dzieci oraz noworodków w celu okresowego lub ciągłego podawania leków zalecanych do terapii infuzyjnej, w skład których wchodzi m.in. koloidy i krystaloidy, krew i składniki krwi, płyny używane do całkowitego żywienia pozajelitowego (TPN); lipidy i płyny stosowane w żywieniu dojelitowym	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
6.	Podaż preparatów krwiopochodnych	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
7.	Podaż cytostatyków w systemie wielodrożnym zamkniętym. System drenów do podaży cytostatyków do pompy posiadający badania potwierdzające, iż stanowi zamknięty system w myśl definicji NIOSH	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
8.	Mechanizm zabezpieczający przed swobodnym niekontrolowanym przepływem składający się z dwóch elementów – jeden w pompie jeden na drenie. Kolorystyczne kodowanie zacisków szczelinowych w zależności od stosowanej terapii	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
9.	Napięcie 11÷30 V DC, zasilane przy użyciu zasilacza zewnętrznego	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
10.	Dokładność mechaniczna $\leq \pm 5\%$	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
11.	Zasilanie z akumulatora wewnętrznego min. 6 h	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
12.	Wspólny przewód umożliwiający łączenie 3 pomp i ładowanie jednym zasilaczem	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
13.	Odłączany nieskładany uchwyt do przenoszenia i mocowania pompy do rur pionowych i poziomych.	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

14.	Podświetlany ekran i przyciski z możliwością regulacji na min. 9 poziomach	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
15.	Automatyczna funkcja antybolus po okluzji – zabezpieczenie przed podaniem niekontrolowanego bolusa po alarmie okluzji	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
16.	Różne tryby infuzji: Piggy-Back lub równoważny np. RELAY MODE; Wzrost-utrzymanie-spadek; programowanie min. 12 cykli o różnych parametrach; podaż okresowa z przerwami; dawka w czasie; kalkulacja prędkości dawki, automatyczne przekazywanie danych o podawanym żywieniu (pozajelitowym i dojelitowym) do systemu kontrolowanej insulinoterapii.	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
17.	Programowanie parametrów infuzji w mg, mcg, U lub mmol, z uwzględnieniem lub nie, masy ciała w odniesieniu do czasu (np. mg/kg/min; mg/kg/h; mg/kg/24h)	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
18.	Zakres prędkości infuzji min. 0,1 do 1200 ml/h, prędkość infuzji w zakresie od 0,1 - 99,99 ml/h programowana co 0,1ml/godz.	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
19.	Funkcja programowania objętości do podania (VTBD) 0,1- 9999 ml	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
20.	Zmiana szybkości infuzji bez konieczności przerywania wlewu.	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
21.	Prędkość infuzji w zakresie od 0,1 - 99,99 ml/h programowana co 0,01 ml/godz.	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
22.	Możliwość utworzenia Bazy Leków używanych w infuzjo terapii na terenie szpitala z możliwością zastosowania do tworzenia Bibliotek Leków na poszczególne oddziały i profile pacjenta	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
23.	Biblioteka Leków zawierająca min 700 leków. Możliwość utworzenia Bazy Leków używanych w infuzjoterapii na terenie szpitala z możliwością zastosowania oprogramowania do tworzenia Bibliotek Leków na poszczególne oddziały	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
24.	Leki zawarte w Bibliotece Leków powiązane z parametrami infuzji (limity względne min-max; limity bezwzględne min-max, parametry standardowe), możliwość wyświetlania naprzemiennego nazwy leku i/lub wybranych parametrów infuzji	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
25.	Bolus o określonej objętości. Bolus podawany na żądanie	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

26.	Możliwość precyzyjnej podaży z lub bez czujnika kropli.	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
27.	Funkcja KVO z możliwością wyłączenia funkcji przez użytkownika	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
28.	Akustyczno-optyczny system alarmów i ostrzeżeń	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
29.	Menu w języku polskim	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
30.	Zakres ciśnienia okluzji od 225 mmHg do 900mmHg, z wyborem na 9 poziomach. Możliwość rozszerzenia zakresu ciśnienia okluzji o trzy dodatkowe poziomy 50 mmHg, 100 mmHg, 150 mmHg	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
31.	Urządzenie/ Aparatura powinna mieć możliwość skonfigurowania komunikacji wg protokołu -HL7 min 2.5 lub wyższe (tj. w przedziale 2.5. x-2.9) niezbędnego do integracji ze szpitalnymi systemami informatycznymi typu HIS – polegający na zbieraniu parametrów życiowych pacjenta Urządzenie/ Aparatura gotowa do integracji z posiadanym przez Zamawiającego systemem szpitalnym ESKULAP	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
POMPA INFUZYJNA STRZYKAWKOWA -WYMAGANIA OGÓLNE			
32.	Producent/kraj	TAK	Podać..... ...
33.	Model/typ	TAK	Podać.....
34.	Rok produkcji: nie starsze niż 2024, urządzenie fabrycznie nowe	TAK	Podać..... ...
35.	Zasilanie zasilacza AC 230 V 50 Hz sieciowe	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
36.	Pompa strzykawkowa sterowana elektronicznie przeznaczona do stosowania u dorosłych, dzieci oraz noworodków w celu okresowego lub ciągłego podawania pozajelitowych i dojelitowych płynów klinicznie akceptowanymi drogami podania. Należą do nich droga dożylna, dotętnicowa, podskórna, zewnątrzoponowa i dojelitowa	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
37.	Strzykawka automatycznie mocowana od przodu.	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

38.	Możliwość prowadzenia znieczulenia zewnątrzoponowego	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
39.	Zasilanie z akumulatora wewnętrznego min w przybliżeniu 6godzin	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
40.	Odłączany nieskładany uchwyt do przenoszenia i mocowania pompy do rur pionowych i poziomych.	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
42.	Napięcie 11÷30 V DC, zasilanie przy użyciu zasilacza zewnętrznego.	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
42.	Różne tryby infuzji: Wzrost-utrzymanie-spadek; programowanie min. 12 cykli o różnych parametrach; podaż okresowa z przerwami; dawka w czasie; kalkulacja prędkości dawki.	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
43.	Oprogramowanie do infuzji sterowanej stężeniem docelowym TCI – 4 szt.	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
44.	Pompa skalibrowana do pracy ze strzykawkami o objętości 2/3, 5, 10, 20 i 50/60 ml różnych typów oraz różnych producentów	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
45.	Zakres prędkości infuzji min. 0,1 do 999,9 ml/h Prędkość infuzji w zakresie od 0,1 - 99,99 ml/h programowana co 0,01ml/godz.	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
46.	Prędkości bolusa min: od 1-1200 ml/h	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
47.	Programowanie parametrów infuzji w mg, mcg, U lub mmol, z uwzględnieniem lub nie masy ciała w odniesieniu do czasu (np. mg/kg/min; mg/kg/h; mg/kg/24h)	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
48.	Możliwość pracy pompy w środowisku MRI - w dedykowanej stacji	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
49.	Akustyczno-optyczny system alarmów i ostrzeżeń .	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
50.	Menu w języku polskim	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
51.	Tryb przejścia - automatyczne przejmowanie infuzji przez kolejną pompę natychmiast po zakończeniu infuzji w poprzedniej. Pompy w trakcie pracy muszą być czytelnie oznaczone.	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

52.	Czujnik skoku/spadku ciśnienia w linii - (okluzji i rozłączenia linii) bez konieczności stosowania specjalnych drenów. Dokładność czujnika skoku/spadku ciśnienia w linii możliwa do ustawienia na trzech poziomach 2mmHg, 8mmHg, 20mmHg	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
53.	Automatyczna kalkulacja dawki insuliny obliczana przez algorytm integrujący następujące dane: ostatni wynik badania poziomu glukozy we krwi , żywienie enteralne , żywienie parenteralne, przebieg terapii w określonym czasie, masa ciała pacjenta	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
54.	Automatyczna współpraca z systemem pomp infuzyjnych w stacji dokującej - dwiema objętościowymi do podaży żywienia parenteralnego i enteralnego i jedną strzykawkową do podaży insuliny	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
55.	Urządzenie/ Aparatura powinna mieć możliwość skonfigurowania komunikacji wg protokołu -HL7 min 2.5 lub wyższe (tj. w przedziale 2.5. x-2.9) niezbędnego do integracji ze szpitalnymi systemami informatycznymi typu HIS – polegający na zbieraniu parametrów życiowych pacjentaUrządzenie/ Aparatura gotowa do integracji z posiadanym przez Zamawiającego systemem szpitalnym ESKULAP	TAK	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
INNE			
56.	Przeglądy techniczne (należy podać częstotliwość przeglądów w przypadku wymaganych przeglądów technicznych)	TAK	Podać..... ...
57	Okres udzielonej gwarancji	min:24 miesiące	Wykonawca poda:..... W przypadku braku informacji o gwarancji Zamawiający przyjmuje min 24 miesiące
58.	DTR w języku polskim i angielskim w formie pisemnej i elektronicznej (PDF)	Tak (wraz z dostawą urządzenia)	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
59.	Autoryzacja producenta na sprzedaż i serwis urządzeń w Polsce w formie pisemnej i elektronicznej (PDF) na podstawie ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych	TAK/PRZEDSTAWIĆ DOKUMENT AUTORYZACJI (wraz z dostawą urządzenia)	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

60.	Wykaz autoryzowanych przedstawicieli serwisowych: nazwa firmy, adres, email, telefon	TAK	Podać/opisać..... Adres:..... Email:..... Telefon:.....
-----	--	-----	--

Wykonawca wypełni tabelę zgodnie z wymogiem zamawiającego. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi traktowany będzie jako brak danego parametru/warunku w oferowanym asortymencie i spowoduje odrzucenie oferty, z zastrzeżeniem art. 107 ust 2 pzp. Miejsca zaznaczone „xxx” wykonawca nie wypełnia. Wykonawca składając ofertę potwierdza, że oferowane dostawy spełniają wymagania dotyczące oferowanych dostaw wskazane w miejscach „xxx”

Tabela nr 2. Zestawienie parametrów ocenianych (w ramach kryterium oceny ofert: Ocena parametrów technicznych)

L.p.	Parametry oceniane	WYMOGI	ODPOWIEDŹ WYKONAWCY	Parametry oferowane przez WYKONAWCĘ (opisać)	Punktacja
1.	Masa pompy max. 2 kg	TAK/NIE	Podać:..... W przypadku braku informacji Zamawiający przyjmuje NIE		Najmniejsza wartość mniejsza niż 1,5 kg - 15 pkt Większa lub równa 1,5 kg - 1 pkt
2.	Odłączalny uchwyt do przenoszenia do 3 pomp zasilanych jednym przewodem nie wymagającym dodatkowych elementów	TAK/NIE	Podać:..... W przypadku braku informacji Zamawiający przyjmuje NIE		TAK - 5 pkt NIE - 0 pkt
3.	Maksymalny pobór mocy przez pompę	TAK/NIE	Podać:..... W przypadku braku informacji Zamawiający przyjmuje NIE		≤ 8W - 15 pkt > 8W - 1 pkt
4.	Pompa zajmującą przestrzeń	TAK/NIE	Podać:..... W przypadku braku informacji Zamawiający przyjmuje NIE		< 3000cm ³ – 5 pkt ≥ 3000cm ³ – 1 pkt

Wykonawca oświadcza, że zaproponowany przedmiot zamówienia jest fabrycznie nowy i spełnia wszystkie wymagania określone przez zamawiającego w SWZ, wymienione w tabeli.

Zakres zamówienia obejmuje: zakup i dostawę oraz montaż, uruchomienie i przeszkolenie personelu.

Osobą/osobami odpowiedzialną/nymi za realizację umowy ze strony wykonawcy jest/są :..... (imię, nazwisko, telefon)