

SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o. o.

REGON 812046670
NIP 855-158-34-67
NORDEA BANK POLSKA S.A.
58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91-32-67-345
fax 91-321-41-74

e-mail: tkoralewski@szpital-swinoujscie.pl
tel.: 91-32-67-365
www.szpital-swinoujscie.pl

Znak sprawy: ZP/12/2018

Szpital Miejski im. Jana Garduły
w Świnoujściu sp. z o.o.
ul. Mieszka I 7
72 – 600 Świnoujście
(tkoralewski@szpital-swinoujscie.pl)

DO WSZYSTKICH UCZESTNIKÓW POSTĘPOWANIA PRZETRAGOWEGO PN.: Dostawa i montaż wieży endoskopowej dla spółki Szpitala Miejskiego im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o.

Na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1579 ze zm.) Zamawiający zawiadamia, że w przedmiotowym postępowaniu w specyfikacji istotnych warunków zwana dalej „siwz” zamówienia dokonano zmiany treści:

Było:

Załącznik nr 1 do SIWZ ZP/12/2018

Wykaz minimalnych parametrów technicznych dla:

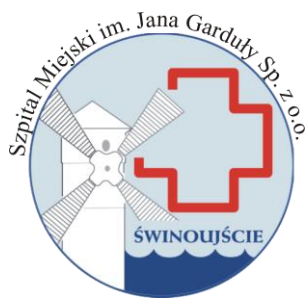
WIEŻY ENDOSKOPOWEJ

NAZWA (typ, model):
Rok produkcji (min. 2018 r.):
Producent:
Kraj pochodzenia:

Sprzęt wyłącznie nowy

Lp.	Opis parametru	podać / uzupełnić dane
I	Procesor wideo i głowica kamery – 1 szt.	
1	Procesor wideo HDTV o rozdzielczości 1920 x 1080 i wraz z głowicą kamery w zestawie	
2	4 możliwości do ustawienia rozdzielczości obrazu, w tym: 1280 x 720 p, 720 x 576 p, 720 x 480 p	
3	System posiadający filtr anty-moire	
4	Długość przewodu głowicy kamery 3,5 m	
5	Minimum dwa przyciski na głowicy kamery	
6	Wyjścia wideo minimum: 1x HDMDI, SDI, Y/C, Composite	
II	Źródła światła LED – 1 szt.	
1	Źródło światła LED ,	
2	Żywotność żarówki 30 000 h	
3	Emisja hałasu urządzenia: max. 25dB,	
4	Temperatura barw: 6500° K	
5	Moc światła – odpowiednik ksenonowego źródła światła o mocy 180 W,	

6	Zaciemnienie wiązki światła w złączu światłowodu w momencie jego odłączenia	
III	Monitor medycznY Full HD – 1 szt.	
1	Rozdzielczość ekranu dostosowana do zaoferowanej kamery	
2	Format obrazu 16:9 lub 16:10	
3	Przekątna ekranu 23"	
4	Standard HDTV	
5	Jasność: 300 cd/m ²	
6	Kontrast 1000:1	
IV	Inne	
1	Gwarancja 36 miesiące w tym trzy nieodpłatne przeglądy gwarancyjne	
2	W ramach udzielonej gwarancji Wykonawca zapewni także bezpłatny autoryzowany serwis gwarancyjny obejmujący: a. oględziny, diagnostykę i naprawę przedmiotu umowy-serwis wykonywany będzie zgodnie z wymaganiami producenta, niezbędnymi do utrzymania gwarancji producenta, nie rzadziej niż 1 raz w ciągu roku, b. wymianę części zużywalnych wskazanych w dokumentacji serwisowej sprzętu przewidzianych do wymiany w czasie odpowiednich przeglądów, c. udzielania bezpłatnych porad telefonicznych dotyczących obsługi przedmiotu umowy. d. Koszt przeglądów gwarancyjnych obciąża Wykonawcę, Zamawiający nie ponosi kosztów dojazdu i roboczogodzin serwisu.	
3	Naprawy gwarancyjne dokonuje Wykonawca na własny koszt za pośrednictwem autoryzowanego serwisu	
4	Autoryzacja producenta na serwis i sprzedaż zaoferowanego sprzętu na terenie Polski (adres, tel. fax, e-mail) Adres: Tel/fax:/..... e-mail:@.....	Załączyć przy dostawie
5	Czas reakcji serwisu - przyjazd max 48 h.	
6	W przypadku konieczności naprawy sprzętu poza siedzibą Zamawiającego zastępczy sprzęt na czas naprawy o parametrach równoważnych i kompatybilny z zestawem	
7	Dokumenty w języku polskim, świadczące o dopuszczeniu sprzętu do obrotu i do używania.	
8	Paszport techniczny wystawiony dla przedmiotu umowy i wypełniony,	Załączyć przy dostawie
9	Instrukcja obsługi urządzenia w j. polskim w wersji papierowej -2 egz. i elektronicznej na płycie CD/DVD lub PenDrive - 2 egz.	Załączyć przy dostawie
10	Karta gwarancyjna w j. polskim,	Załączyć przy dostawie
11	Deklaracja zgodności znakami CE bądź wpisu do Rejestru Wyrobów medycznych lub pisemne oświadczenia Wykonawcy, że przedmiot umowy nie wymaga wpisu do Rejestru Wyrobów medycznych.	Załączyć przy dostawie
12	Wykaz autoryzowanych punktów w okresie gwarancyjnym na terenie Polski (adres, tel. fax, e-mail)	Załączyć przy dostawie
13	Zasady świadczenia usług przez autoryzowany serwis w okresie pogwarancyjnym na terenie Polski (adres, tel. fax, e-mail)	Załączyć przy dostawie
14	Wykaz materiałów zużywalnych wykorzystywanych w bieżącej eksploatacji sprzętu w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym lub pisemne oświadczenia Wykonawcy, że przedmiot umowy nie posiada	Załączyć przy dostawie



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o. o.

REGON 812046670
NIP 855-158-34-67
NORDEA BANK POLSKA S.A.
58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91-32-67-345
fax 91-321-41-74

e-mail: tkoralewski@szpital-swinoujscie.pl
tel.: 91-32-67-365
www.szpital-swinoujscie.pl

	materiałów zużywalnych	
15	Dwa bezpłatne szkolenia personelu Zamawiającego w obsłudze sprzętu po uzgodnieniu z przedstawicielem Zamawiającego (najpóźniej w dniu dostarczenia sprzętu)	

Miejscowość: dn.:

.....
Podpis osoby upoważnionej

Zmienia się na:

Załącznik nr 1 do SIWZ ZP/12/2018

Wykaz minimalnych parametrów technicznych dla:

WIEŻY ENDOSKOPOWEJ

NAZWA (typ, model):

Rok produkcji (min. 2018 r.):

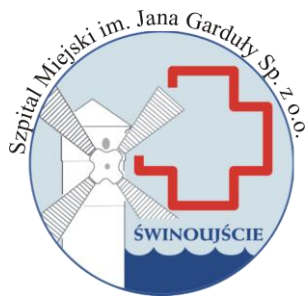
Producent:

Kraj pochodzenia:

Sprzęt wyłącznie nowy

Lp.	Opis parametru	podać /uzupełnić dane
I	Procesor wideo i głowica kamery – 1 szt.	
1	Procesor wideo HDTV o rozdzielczości 1920 x 1080 i wraz z głowicą kamery w zestawie	
2	4 możliwości do ustawienia rozdzielczości obrazu, w tym: 1280 x 720 p, 720 x 576 p, 720 x 480 p	
3	System posiadający filtr anty-moire	
4	Długość przewodu głowicy kamery 3,5 m	
5	Minimum dwa przyciski na głowicy kamery	
6	Wyjścia wideo minimum: 1x HDMDI, SDI, Y/C, Composite	
7	1 x wyjście USB 2,0 zapis filmów w formacie MPEG 4 i zdjęć (na nośnikach zewnętrznych)	
8	obiektyw o stałej ogniskowej w zakresie 23 -24 mm	
9	wyjście zdalnego sterowania: stereo jack	
10	Czułość kamery: 2-2,2 lux przy f=1,4	
11	Zmiana przez Zamawiającego podłączenia do głowicy kamery min. 6 różnych obiektywów w tym: kątownego, zoom	
12	Waga samej głowicy max. 70 g	
13	Długość kabla głowicy kamery 3,5 m	

II	Źródła światła LED – 1 szt.	
1	Źródło światła LED ,	
2	Żywotność żarówki 30 000 h	
3	Emisja hałasu urządzenia: max. 25dB,	
4	Temperatura barw: 6500° K	
5	Moc światła – odpowiednik ksenonowego źródła światła o mocy 180 W,	
6	Zaciemnienie wiązki światła w złączu światłowodów w momencie jego odłączenia	
III	Monitor medycznY Full HD – 1 szt.	
1	Rozdzielczość ekranu dostosowana do zaoferowanej kamery	
2	Format obrazu 16:9 lub 16:10	
3	Przekątna ekranu 23"	
4	Standard HDTV	
5	Jasność: 300 cd/m ²	
6	Kontrast 1000:1	
IV	Inne	
1	Gwarancja 36 miesiące w tym trzy nieodpłatne przeglądy gwarancyjne	
2	W ramach udzielonej gwarancji Wykonawca zapewni także bezpłatny autoryzowany serwis gwarancyjny obejmujący: a. oględziny, diagnostykę i naprawę przedmiotu umowy-serwis wykonywany będzie zgodnie z wymaganiami producenta, niezbędnymi do utrzymania gwarancji producenta, nie rzadziej niż 1 raz w ciągu roku, b. wymianę części zużywalnych wskazanych w dokumentacji serwisowej sprzętu przewidzianych do wymiany w czasie odpowiednich przeglądów, c. udzielania bezpłatnych porad telefonicznych dotyczących obsługi przedmiotu umowy. d. Koszt przeglądów gwarancyjnych obciąża Wykonawcę, Zamawiający nie ponosi kosztów dojazdu i roboczogodzin serwisu.	
3	Naprawy gwarancyjne dokonuje Wykonawca na własny koszt za pośrednictwem autoryzowanego serwisu	
4	Autoryzacja producenta na serwis i sprzedaż zaoferowanego sprzętu na terenie Polski (adres, tel. fax, e-mail) Adres: Tel/fax:/ e-mail:@.....	Załączyć przy dostawie
5	Czas reakcji serwisu - przyjazd max 48 h.	
6	W przypadku konieczności naprawy sprzętu poza siedzibą Zamawiającego zastępczy sprzęt na czas naprawy o parametrach równoważnych i kompatybilny z zestawem	
7	Dokumenty w języku polskim, świadczące o dopuszczeniu sprzętu do obrotu i do używania.	
8	Paszport techniczny wystawiony dla przedmiotu umowy i wypełniony,	Załączyć przy dostawie
9	Instrukcja obsługi urządzenia w j. polskim w wersji papierowej -2 egz. i elektronicznej na płycie CD/DVD lub PenDrive - 2 egz.	Załączyć przy dostawie
10	Karta gwarancyjna w j. polskim,	Załączyć przy dostawie



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o. o.

REGON 812046670
NIP 855-158-34-67
NORDEA BANK POLSKA S.A.
58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91-32-67-345
fax 91-321-41-74

e-mail: tkoralewski@szpital-swinoujscie.pl
tel.: 91-32-67-365
www.szpital-swinoujscie.pl

11	Deklaracja zgodności znakami CE bądź wpisu do Rejestru Wyrobów medycznych lub pisemne oświadczenia Wykonawcy, że przedmiot umowy nie wymaga wpisu do Rejestru Wyrobów medycznych.	Załączyć przy dostawie
12	Wykaz autoryzowanych punktów w okresie gwarancyjnym na terenie Polski (adres, tel. fax, e-mail)	Załączyć przy dostawie
13	Zasady świadczenia usług przez autoryzowany serwis w okresie pogwarancyjnym na terenie Polski (adres, tel. fax, e-mail)	Załączyć przy dostawie
14	Wykaz materiałów zużywalnych wykorzystywanych w bieżącej eksploatacji sprzętu w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym lub pisemne oświadczenia Wykonawcy, że przedmiot umowy nie posiada materiałów zużywalnych	Załączyć przy dostawie
15	Dwa bezpłatne szkolenia personelu Zamawiającego w obsłudze sprzętu po uzgodnieniu z przedstawicielem Zamawiającego (najpóźniej w dniu dostarczenia sprzętu)	

Miejscowość: dn.:

.....
Podpis osoby upoważnionej

Pozostałe zapisy SIWZ nie ulegają zmianie.

Prezes Zarządu
Szpitala Miejskiego im. Jan Garduły
w Świnoujściu sp. z o. o.
oryginał podpisu w dokumentacji postępowania
Dorota Konkolewska