**ДОДАТОК 2**

**до тендерної документації**

**ІНФОРМАЦІЯ ПРО НЕОБХІДНІ ТЕХНІЧНІ, ЯКІСНІ ТА КІЛЬКІСНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРЕДМЕТА ЗАКУПІВЛІ**

**Предмет закупівлі:** **Код ДК 021:2015 (CPV) 33190000-8 «Медичне обладнання та вироби медичного призначення різні» Веновізор (код НК 024:2023 – 48040 Локатор вен інфрачервоний); Столик пеленальний (код НК 024:2023 – 43544 Стіл пеленальний стаціонарний); Тумба медична (код НК 024:2023 – 15900 Меблі для палати пацієнта); Ширма (код НК 024:2023 – 15900 Меблі для плати пацієнта)**

**ЗАГАЛЬНІ ВИМОГИ:**

Товар, який пропонується Учасником, повинен відповідати Медико-технічним вимогам до предмету закупівлі. Підтвердження відповідності запропонованого Учасником товару надається в вигляді заповненої Учасником таблиці відповідності медико-технічним вимогам до предмету закупівлі.

1. Товар, запропонований Учасником, повинен відповідати національним та/або міжнародним

стандартам медико – технічним вимогам до предмету закупівлі, встановленим у даному додатку та всіх інших вимог

*Відповідність технічних характеристик запропонованого Учасником Товару вимогам технічного завдання повинна бути обов’язково підтверджена технічним документом виробника (експлуатаційної документації: настанови з експлуатації, або інструкції, або технічного опису чи технічних умов, або ін. документів українською мовою) в якому міститься ця інформація , з наданням копії документів.*

2. Товар, запропонований Учасником, повинен бути новим і таким, що не був у використанні та гарантійний термін (строк) експлуатації повинен становити не менше 12 місяців.

*На підтвердження Учасник повинен надати лист у довільний формі в якому зазначити, що запропонований Товар є новим і таким, що не був у використанні і за допомогою цього Товару не проводились демонстраційні заходи. А також в цьому листі зазначити, що гарантійний термін (строк) експлуатації запропонованого Учасником Товару становить не менше 12 місяців.*

3. Учасник повинен підтвердити можливість поставки запропонованого ним Товару, у кількості та в терміни, визначені цією Документацією та пропозицією Учасника.

*На підтвердження Учасник повинен надати файл відсканований з Оригіналу листа виробника (представництва, філії виробника – якщо їх відповідні повноваження поширюються на територію України), або представника, дилера, дистриб'ютора, офіційно уповноваженого на це виробником, яким підтверджується можливість поставки Учасником Товару, який є предметом закупівлі, у кількості, та в терміни, визначені у цьому Додатку до інформації про закупівлю та пропозицією Учасника.* ***Лист повинен включати в себе: назву Учасника, назву предмета закупівлі, а також термін гарантійного обслуговування.***

4. Учасник повинен провести кваліфіковане навчання працівників Замовника по користуванню запропонованим обладнанням.

На підтвердження надати ***Гарантійний лист*** про забезпечення навчання персоналу Замовника по користуванню (керуванню) обладнання за місцем його експлуатації.

5. Товар, запропонований Учасником, повинен мати сервісну підтримку в Україні. Учасник повинен надати лист в довільній формі із зазначенням адреси сервісного центру.

6. Сервісне обслуговування товару, запропонованого Учасником повинно здійснюватися кваліфікованими працівниками, які мають відповідні знання та навички.

*На підтвердження Учасник повинен надати* ***Гарантійний лист*** *в довільній формі щодо відповідності вимогам, вказаним у вищевказаному пункті.*

7. Проведення доставки, інсталяції та пуску обладнання за рахунок Учасника.

На підтвердження Учасник повинен надати лист у довільний формі в якому зазначити, що запропонований Товар буде доставлено та інстальовано за рахунок Учасника.

8. Товар, запропонований Учасником, повинен бути внесений до Державного реєстру медичної техніки та виробів медичного призначення та/або введений в обіг відповідно до законодавства у сфері технічного регулювання та оцінки відповідності, у передбаченому законодавством порядку.

 *На підтвердження Учасник повинен надати завірену копію декларації або копію документів, що підтверджують можливість введення в обіг та/або експлуатацію (застосування) медичного виробу за результатами проходження процедури оцінки відповідності згідно вимог технічного регламенту.*

**Кількісні вимоги:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Найменування предмету закупівлі або еквівалент** | **Виробник (найменування, країна походження)** | **Од. виміру** | **Кількість** |
| 1 | Веновізор NAVI-60 |  | шт | 2 |
| 2 | Столик пеленальний |  | шт | 10 |
| 3 | Тумба медична |  | шт | 10 |
| 4 | Ширма |  | шт | 1 |

**ТАБЛИЦІ МЕДИКО-ТЕХНІЧНИХ ВИМОГ**

1. **ВЕНОВІЗОР NAVI-60**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Медико – технічні вимоги** | **Відповідність****("Так"/"Ні" з посиланням на сторінку технічної документації)** |
|  Апарат особливо ефективний за умов, коли внаслідок віку, кольорушкіри чи ожиріння видимість судин погана, або виконання пункції судини ускладнено. |  |
| 1 | Веновізор випромінює ближнє інфрачервоне (невидиме) світло, яке поглинається кров'ю та відбивається від навколишньої тканини |  |
| 2 | Форма та положення судин проектуватимуться в реальному часі безпосередньо на поверхню шкіри |  |
| 3 | П’ять варіантів кольорового відображення: білий, червоний, зелений, фіолетовий, інверсний режим |  |
| 4 | Наявність не менше 4 рівні яскравості в діапазоні не менше 10-25 Лм |  |
| 5 | Наявність не менше 3 розміри проекційного вікна: не менше 360\*192, 360\*288 та 720\*576 пікселів |  |
| 6 | Режим зворотнього кольору |  |
| 7 | Інформативний та зручний інтерфейс |  |
| 8 | Наявність РК дисплею із розподільчою здатністю не менше 854\*480 пікселів |  |
| 9 | Відображення на дисплеї поточного стану акумулятора, кольору, рівня яскравості та розміру вікна |  |
| 10 | Інфрачервона довжина хвилі: Подвійні джерела світла 850 нм |  |
| 11 | Глибина різкості зображення не менше 30 мм |  |
| 12 | Енергія інфрачервоного випромінювання не більше 0,6 мВт/м2 |  |
| 13 | Тривалість безперервної роботи літієвої батареї: не менше 2,5 годин |  |
| 14 | Вага не більше 0,5 кг |  |
| 15 | Габаритні розміри не більше 225\*70\*65 |  |
| 16 | Клас захисту ІРХ0 |  |

1. **СТОЛИК ПЕЛЕНАЛЬНИЙ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Медико – технічні вимоги** | **Відповідність****("Так"/"Ні" з посиланням на сторінку технічної документації)** |
| 1 | Наявність не менше 2 полиць |  |
| 2 | Наявність високих бортів з трьох сторін на верхній полиці, для зручності сповивання немовляти. |  |
| 3 | Розмір не менше 1000х600х1000мм  |  |
| 4 | Матеріал покриття верхньої полиці – губка, вкрита штучною шкірою.  |  |
| 5 | Матеріал виготовлення основи – неіржавіюча сталь |  |

1. **ТУМБА МЕДИЧНА**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Медико – технічні вимоги**  | **Відповідність****("Так"/"Ні" з посиланням на сторінку технічної документації)** |
| 1 | Матеріал: ABS пластик |  |
| 2 | Габарити не більше:50\*50\*90см |  |
| 3 | Наявність шухляди |  |
| 4 | Наявність двері |  |
| 5 | Наявність тримачів для рушників не менше 2 шт. |  |

1. **ШИРМА**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Медико – технічні вимоги** | **Відповідність****("Так"/"Ні" з посиланням на сторінку технічної документації)** |
| 1 | Розмір в розкладеному стані не менше 2000\*1800\*500мм  |  |
| 2 | Розмір в складеному стані не більше 1800х500х100мм |  |
| 3 | Наявність не менше чотирьох коліщаток для переміщення та не менше 2 опорних штанг |  |
| 4 | Матеріал виготовлення – неіржавіюча сталь |  |

 У місцях, де технічна специфікація містить посилання на конкретну марку чи виробника або на конкретний процес, що характеризує продукт, чи послугу певного суб’єкта господарювання, чи на торгові марки, патенти, типи або конкретне місце походження чи спосіб виробництва, слід розуміти як «або еквівалент».

 У разі подання пропозиції, яка не відповідає технічним вимогам, пропозиція не буде розглядатись та оцінюватись і буде відхилена як така, що не відповідає вимогам процедури закупівлі.

 Якщо будь-який із документів не може бути наданий з причин його втрати чинності або зміни форми, назви тощо, учасник надає інший рівнозначний документ або письмове пояснення.

 Ми, (Повне найменування Учасника), у разі визнання нас переможцем Закупівлі (ідентифікатор закупівлі на prozorro.gov.ua) та укладення договору із Замовником про поставку товару згодні та підтверджуємо свою можливість і готовність виконувати усі вимоги Замовника, зазначені в цих технічних вимогах до предмета закупівлі.

Керівник організації – учасника процедури закупівлі або інша уповноважена посадова особа

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (підпис) МП (за наявності) (ім’я та прізвище)

*Посада, прізвище, ініціали, підпис уповноваженої особи Учасника, завірені печаткою.*

**ВАЖЛИВО:**

Прохання не знижувати ціни на товар за рахунок зниження його якості. Пропозиції надавайте за реальними цінами, за якими ви зможете поставляти якісний товар. У випадку поставки неякісного товару договір буде розірвано.