**Załącznik nr 1 - formularz ofertowy (PN 10/17)**

**WADIUM: 30 000,00 PLN**

## *...................................*

*(pieczęć Wykonawcy)*

**Dostawa osobistych pomp insulinowych dla dzieci**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ASORTYMENT | ILOŚĆ | CENA  NETTO  SZT. | VAT  w % | WARTOŚĆ  NETTO  ZAMÓWIENIA | **WARTOŚĆ**  **BRUTTO**  **ZAMÓWIENIA** |
| Osobista pompa insulinowa (fabrycznie nowa) dla dzieci | 200 szt. |  |  |  |  |

**PARAMETRY TECHNICZNE - WARUNKI I PARAMETRY POMP INSULINOWYCH WYMAGANE (GRANICZNE) ORAZ OCENIANE:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARAMETRY** | | | | | **WYMOGI**  **(warunki/ parametry graniczne)** | | **Parametr oferowany przez Wykonawcę**  **Odpowiedź: TAK/NIE**  **(wypełnia Wykonawca – dodatkowo należy opisać)** | | | **Punktacja** | |  | | |
| Nazwa pompy insulinowej/model/ Producent /Urządzenie fabrycznie nowe | | | | | TAK | |  | | | Bez punktacji | |  | | |
| Rok produkcji: 2017 | | | | | TAK | |  | | | Bez punktacji | |  | | |
| Masa pompy z baterią i pojemnikiem na insulinę [g] | | | | | TAK | |  | | | Bez punktacji | |  | | |
| Zatrzymanie pompy | | | | Alarm informujący o zatrzymaniu pompy | TAK | |  | | | Bez punktacji | |  | | |
| Blokada pompy | | | | Wymagana elektroniczna blokada klawiszy | TAK | |  | | | Bez punktacji | |  | | |
| Programowanie bolusa: | | Prostego/Standard | | Dokładność nie mniejsza niż 0,1 j/bolus | TAK | |  | | | Bez punktacji | |  | | |
| Przedłużonego/  Prostokątny | | Dokładność nie mniejsza niż 0,1 j/bolus Maksymalny czas trwania bolusa nie mniej niż 7 godzin | TAK | |  | | | Bez punktacji | |  | | |
| Złożony/podwójny/wielofalowy | | Dokładność nie mniejsza niż 0,1 j/bolus  Maksymalny czas trwania bolusa nie mniej niż 7 godzin | TAK | |  | | | Bez punktacji | |  | | |
| Czasowa zmiana bazy/dawki podstawowej: | | | Ustawiania | Możliwe procentowe lub jednostkowe zwiększenie lub zmniejszenie dawki bazowej, co 30 min., z automatycznym powrotem do wyjściowego wlewu podstawowego  po zaprogramowanym  czasie | TAK | |  | | | Bez punktacji | |  | | |
| Informacja o aktywnej dawce podstawowej (baza) | Dostępna z pozycji ekranu głównego lub przywołana za pomocą 1 przycisku | TAK | |  | | | Bez punktacji | |  | | |
| Czas | Do 24 godz. | TAK | |  | | | Bez punktacji | |  | | |
| Programowanie bazy: | | | Wprowadzanie przepływów godzinowych (ilość jednostek na godzinę) | Dokładność nie mniejsza niż 0,05j/h | TAK | |  | | | Bez punktacji | |  | | |
|  | Minimum dwa dodatkowe profile bazy do wcześniejszego przygotowania z możliwością przywołania z pamięci i zastosowania | TAK | |  | | | Bez punktacji | |  | | |
| „Pamięć pompy | | | Historia bolusów, alarmów, dawki podstawowej, dawki dobowej, czasowej zmiany bazy, program do sczytywania danych z pompy powinien mieć jednocześnie możliwość sczytywania danych glukometrycznych oraz integracji obu informacji. | Minimum 30 dni za pomocą programu komputerowego poprzez czytnik  Firma dostarcza darmowy program i urządzenia konieczne do sczytywania danych przez komputer ośrodkowi diabetologicznemu prowadzącemu terapię (linki) - wymogi dotyczące programu komputerowego dalej w treści załącznika nr 1.  Bezpośrednio z pompy:  Aktualne dawki w bazie, minimum ostatnie 20 bolusów (dawki i rodzaj), całkowite dawki dobowe z ostatnich 30 dni. | TAK | |  | | | Bez punktacji | |  | | |
| Kalkulator bolusa będący integralnym elementem systemu do podawania insuliny (funkcja dostępna w pompie insulinowej lub urządzeniu komunikującym się bezprzewo­dowo z pompą insulinową) | | | | Z możliwością ustawienia w kilku przedziałach czasowych oraz z możliwością wyboru przez użytkownika ustawień:  -gramy lub wymienniki węglowodanowe - WW (określeń węglowodany)  -w kalkulatorze bolusa możliwość funkcji aktywnej insuliny z ustawieniem czasu działania insuliny przez użytkownika, która zmniejsza tylko dawkę korekcyjną bolusa insuliny.  Możliwość ręcznego wprowadzenia pomiaru glikemii do kalku­latora bolusa lub komunikacja z glukometrem, do którego paski są refundowane w dniu ogłoszenia przetargu | TAK | |  | | | Bez punktacji |  | | |
| Automatyczne wypełnienie drenu | | | | Tak – nieograniczona ilość wypełnień drenów w ciągu doby bezpośrednio za pomocą funkcji w pompie. | TAK | |  | | | Bez punktacji |  | | |
| Zestawy infuzyjne | | | | Wkłucia: metalowe (sztywne) oraz z tworzyw sztucznych (elastyczne)  Długość drenu - co najmniej dwie długości | TAK | |  | | | Bez punktacji |  | | |
| Serwis | | | | Zapewnienie kontaktu telefonicznego 24 godziny na dobę z autoryzowaną infolinią (znającą dokładnie zasady działania pompy, wszystkie możliwe alarmy, błędy) | TAK | |  | | | Bez punktacji |  | | |
| Strona internetowa z informacjami | TAK | |  | | | Bez punktacji |  | | |
| Wymiana pompy w ciągu 24 godzin (dni robocze) | TAK | |  | | | Bez punktacji |  | | |
| Przesyłka pompy na koszt firmy | TAK | |  | | | Bez punktacji | |  | | |
| Baterie-zasilanie pompy | | | | Baterie: AAA, AA (powszechnie dostępne w placówkach handlowych tj. sieciach supermarketów, stacjach paliw, kioskach typu „RUCH” sklepach ze sprzętem AGD i RTV, aptekach) | TAK | |  | | | Bez punktacji | |  | | |
| Informacja dźwiękowa i wyświetlana na ekranie pompy o zużyciu baterii większym niż 70% | | | | | TAK | |  | | | Bez punktacji | |  | | |
| Dodatkowe akcesoria konieczne do korzystania z osobistej pompy insulinowej | | | | Dodatkowe akcesoria do osobistej pompy insulinowej, które muszą być systematycznie wymieniane zgodnie z instrukcją obsługi, producent dostarcza bezpłatnie na okres użytkowania pompy (nie dotyczy zestawów infuzyjnych, zbiorników na insulinę, baterii, etui do noszenia pompy insulinowej) | TAK | |  | | | Bez punktacji | |  | | |
| Gwarancja | | | | **Co najmniej 4 lata**, przy awarii wymiana na nową pompę.  W przypadku wymiany sprzętu na nowy łączny okres gwarancji trwa nie krócej niż zaproponowany w ofercie | TAK  (podać) | | Podać oferowany okres gwarancji :  **…… miesięcy** | | | Bez punktacji | |  | | |
| Menu/język | | | | W pełnym zakresie w języku polskim | TAK | |  | | | Bez punktacji | |  | | |
| Instrukcja obsługi pompy | | | | W pełnym zakresie język polski, w instrukcji muszą być opisane wszystkie komunikaty wyświetlane przez pompę | TAK | |  | | | Bez punktacji | |  | | |
| Zakres temperatury pracy, minimalny zakres +5 do + 40 [oC] | | | | | TAK | |  | | | Bez punktacji |  | | |
| Alarm dźwiękowy (tonowy) | | | | | TAK | |  | | | Bez punktacji |  | | |
| Alarm wibracyjny | | | | | TAK | |  | | | Bez punktacji |  | | |
| Możliwość wyłączenia alarmu dźwiękowego | | | | | TAK | |  | | | Bez punktacji |  | | |
| Zestawy infuzyjne (dostarczane przy dostawie) min 4 szt., | | | | | TAK | |  | | | Bez punktacji |  | | |
| Serter do zakładania zestawów infuzyjnych | | | | | TAK | |  | | | Bez punktacji |  | | |
| Zbiorniki na insulinę (dostarczane przy dostawie) min 4 szt., | | | | | TAK | |  | | | Bez punktacji |  | | |
| Baterie zapasowe (dostarczane przy dostawie) min. 2 szt. | | | | | TAK | |  | | | Bez punktacji |  | | |
| Etui ochronne | | | | | TAK | |  | | | Bez punktacji |  | | |
| Dostępność zestawów infuzyjnych w punktach sprzedaży na terenie całego kraju (minimum w miastach wojewódzkich) | | | | | TAK | |  | | | Bez punktacji |  | | |
| Odbiornik na każdą pompę | | | | | TAK | |  | | | Bez punktacji |  | | |
| Sensory do ciągłego monitorowania glikemii (dostarczane przy dostawie) - 2 sztuki na transmiter | | | | | TAK | |  | | | Bez punktacji |  | | |
| 1 transmiter na 5 pomp | | | | | TAK | |  | | | Bez punktacji |  | | |
| Program komputerowy zintegrowany do sczytywania pamięci pompy i ciągłego monitorowania glikemii wg załącznika 1 | | | | | TAK | |  | | | Bez punktacji |  | | |
| Wykonawca zapewnia szkolenie z obsługi pompy (każdegopacjenta otrzymującego pompę) w terminie 7 dni od daty przekazania pompy pacjentowi w ośrodku zakładającym pompę oraz podłączenie pompy w terminie 14 dni od daty przekazania pompy w ośrodku podłączającym pompy. O zakończeniu wymaganego szkolenia decyduje członek zespołu diabetologicznego w ośrodku podłączającym pompy – podpisuje kartę szkolenia. | | | | | TAK | |  | | | Bez punktacji |  | | |
| **Przenośny zestaw komputerowy** typu laptop do sczytywania pamięci pomp insulinowych za pomocą dedykowanego programu, o którym mowa: 2 szt.  Specyfikacja komputera: nie gorsza niż  - procesor min Intel i5  - RAM min. 8 GB  - dyski: SSD min. 250Gb  - nagrywarka DVD  - min. 4 pory USB  Oprogramowanie:  - system operacyjny min Windows  - Microsoft Office standard min.  Monitor min. 15’’ | | | | | TAK | |  | | | Bez punktacji |  | | |
| **Ocena parametrów technicznych – parametry techniczne oceniane** | | | | | | | | | | |  | | |
| 1 | Alarmy przypominające bolusy lub pomiary glikemii w czasie ustalonym przez użytkownika | | | | | TAK/NIE | |  | TAK – 10 pkt  NIE – 1 pkt | |  | | |
| 2 | System ciągłego monitorowania glikemii (CGM) | | | | | TAK (PODAĆ) | |  | Integralna część urządzenia do podawania insuliny - 30 pkt.  Dodatkowe urządzenie - 1 pkt. | |
| 3 | Automatycznego wstrzymania wlewu podstawowego na podstawie wartości wskazanych przez system ciągłego monitorowania glikemii. | | | | | TAK/NIE | |  | TAK – 40 pkt  NIE – 1 pkt | |
| 4 | Alarm informujący o konieczności wymiany zestawu infuzyjnego | | | | | TAK/NIE | |  | TAK –10 pkt  NIE – 1pkt | |  | | |
| 5 | Klasa ochrony przed wilgocią i zalaniem min. IPX 7 | | | | | TAK/NIE | |  | Klasa najwyższa - 10 pkt  Najniższa - 1 pkt | | |  | | |
| 6 | Zaopatrzenie pacjenta w dodatkowe urządzenie do sczytywania pamięci pompy przez pacjentów w warunkach domowych z możliwością przesyłania danych lekarzowi - czytnik oraz program komputerowy | | | | | TAK/NIE | |  | TAK – 10 pkt  NIE – 1 pkt | | |  | | |
| 7 | Brak dodatkowych akcesoriów koniecznych do zamontowania zestawu infuzyjnego w pompie i przygotowania pompy do podłączenia | | | | | TAK/NIE | |  | TAK – 10 pkt  NIE – 1 pkt | | |  | | |
| 8 | Dodatkowe profile wlewu podstawowego (więcej niż 3) | | | | | TAK/NIE | |  | TAK – 10 pkt  NIE – 1 pkt | | | |  | |
| 9 | Kalkulator bolusa - z możliwością wyboru przez użytkownika ustawień mg/dl lub mmol/l (oznaczenia glikemii) | | | | | TAK/NIE | |  | TAK – 10 pkt  NIE –1 pkt | | | |  | |
| 10 | Kalkulator bolusa - możliwość ręcznego wpisania wartości glikemii do kalkulatora bolusa | | | | | TAK/NIE | |  | TAK – 30 pkt  NIE – 1 pkt | | | |  | |
| 11 | Możliwość sterowania funkcjami pompy za pomocą pilota: bolusy, wybór dawki podstawowej, zatrzymanie pompy, przegląd danych z pamięci pompy. | | | | | TAK/NIE | |  | TAK – 10 pkt  NIE – 1 pkt | | | |  | |
| 12 | Możliwość procentowej modyfikacji dawki w kalkulatorze bolusa – do wykorzystania w sytuacjach szczególnych (wysiłek fizyczny, infekcja). | | | | | TAK/NIE | |  | TAK – 10 pkt  NIE –1 pkt | | | |  | |
| 13 | Możliwość podawania insuliny w ramach zmniejszonej czasowej zmiany bazy podczas stosowania najniższego możliwego przepływu w j/godz. | | | | | TAK/NIE | |  | TAK – 10 pkt  NIE – 1 pkt | | | |  | |
| 14 | Historia wypełnień zestawu infuzyjnego – możliwość sprawdzenia bezpośrednio w pamięci pompy historii wypełnień zestawu infuzyjnego. | | | | | TAK/NIE | |  | TAK – 20 pkt  NIE – 1 pkt | | | |  | |

Wymogi dotyczące programu komputerowego zintegrowanego do sczytywania pamięci pompy i ciągłego monitorowania glikemii:

* Aktualne bazy (wszystkie możliwe z jednego sczytania pompy, na wykresach lub w tabelach dokładna dawka, czas – z dokładnością podawania bazy przez pompę),
* Stosowane wartości przeliczników z ustalonymi przedziałami czasu w kalkulatorach bolusów,
* Historia bolusów (dokładnie podany rodzaj bolusa, dawka, i godzina ich podania),
* Historia wypełnień drenu,
* Wykresy dzienne, na których muszą być przedstawione:
  + stosowana w danym dniu baza podstawowa
  + czasowa zmiana bazy
  + zaznaczenie momentu zatrzymania i włączenia pompy
  + wszystkie podane bolusy z rozróżnieniem rodzaju i oznaczeniem czasu podania bolusa, w tym przedłużonego
  + wyniki glikemii przesłane ze współpracującego glukometru
  + wyniki ciągłego pomiaru glikemii
* Historia alarmów,
* Udostępnienie programu pacjentom na życzenie bezpłatnie.

Wymagane informacje zawarte na stronie internetowej:

* Numer infolinii, pod którym osoby korzystające z pomp otrzymają całodobową informacje dotycząca problemów technicznych związanych z korzystaniem z pompy insulinowej,
* Telefony lokalnych przedstawicieli z godzinami ich pracy,
* Dane dotyczące osprzętu do pomp (rodzaje wkłuć, strzykawek, baterii i ich cen, itp.).

Uwaga!

**W kolumnie „PARAMETR GRANICZNY” (Bez oceny punktowej):**

TAK (lub podana wartość graniczna) - oznacza bezwzględny wymóg.

Wykonawca zobowiązany jest do potwierdzenia jej w rubryce „PARAMETR OFEROWANY”. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi traktowany będzie jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i skutkować będzie odrzuceniem oferty.

W przypadku parametru technicznego, będącego zarazem parametrem ocenianym - wymaga się potwierdzenia spełnienia warunku słowem „TAK” (lub „NIE”) oraz podania oferowanej wartości parametru. Wartość poszczególnego parametru zostanie oceniona w sposób szczegółowo podany w tabeli.

Zamawiający zastrzega sobie prawo sprawdzenia wiarygodności podanych przez Wykonawcę parametrów technicznych we wszystkich dostępnych źródłach (w tym u producenta). W przypadku jakichkolwiek wątpliwości Zamawiający wymagać będzie prezentacji urządzenia i jego parametrów technicznych.

Suma punktów za parametry (techniczne) oceniane zostanie obliczona na podstawie wzoru:

Oferta badana (uzyskane punkty za parametry oceniane) x kryterium (40)

Ocena parametrów technicznych (40%) =

Oferta z największą liczbą punktów (za parametry oceniane)

Oświadczamy (pod rygorem odpowiedzialności karnej), że wszystkie przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się (w przypadku wybrania naszej oferty) do dostarczenia Zamawiającemu urządzenia spełniającego wszystkie wyspecyfikowane parametry.

Oświadczamy, iż oferowane w postępowaniu przetargowym urządzenie jest kompletne i będzie (po zainstalowaniu) gotowe do eksploatacji - bez żadnych **dodatkowych** zakupów i inwestycji (ze strony Zamawiającego).

Oświadczamy, że posiadamy wszystkie (wymagane przepisami prawa) aktualne dokumenty potwierdzające dopuszczenie oferowanego urządzenia do obrotu i eksploatacji na terytorium RP.

Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami niniejszego zamówienia i nie wnosimy do nich zastrzeżeń, że zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty oraz że podpiszemy umowę na warunkach określonych we wzorze umowy stanowiącym załącznik do specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

Nadto oświadczam(y), iż świadom(i) jestem(śmy) odpowiedzialności karnej za czyny określone w treści art. 297 § 1 Kodeksu karnego.

.......................................................................................

***Data****, podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/ych*

*do reprezentowania Wykonawcy*