

33150000-6 Апаратура для радіотерапії, механотерапії, електротерапії та фізичної терапії (Апарат для вакуумної терапії ран негативним тиском (47408 Помпа системи лікування ран від'ємним тиском) - 10 компл.)

1. Обґрунтування технічних та якісних характеристик предмета закупівлі:**

Апарат для вакуумної терапії ран негативним тиском (47408 Помпа системи лікування ран від'ємним тиском) - 10 компл.

Вимоги:

№ з/п	Технічні вимоги, характеристики	Наявність функції або величина параметра	Відповідність (так / ні), з посиланням на відповідні розділи, та/або сторінку(и) технічного документа виробника
1.	Самотестування при включенні	Відповідність	
2.	Наявність акумуляторної батареї для автономної роботи	Відповідність	
3.	Можливість під'єднання каністри для ексудату, ємністю не менше 1100 мл	Відповідність	
4.	Можливість блокування клавіатури	Відповідність	
5.	Прискорений режим роботи	Відповідність	
6.	Безперервний режим роботи	Відповідність	
7.	Змінний режим роботи	Відповідність	
8.	Мінімальний рівень вакууму при безперервному режимі роботи, не більше	45 мм рт.ст	
9.	Максимальний рівень вакууму при безперервному режимі роботи, не менше	220 мм рт.ст	
10.	Мінімальний рівень вакууму при змінному режимі роботи, не гірше	0 мм рт.ст	



ДОКУМЕНТ ІКС ЄІПК СЕД АСКОД (ПІДПИСАНО КВАЛІФІКОВАНИМ ЕЛЕКТРОННИМ ПІДПИСОМ)

Сертифікат 3FAA9288358EC003040000002DCC2500093CC300

Підписувач Гінзбург Валентина Григорівна

Дійсний з 03.10.2023 11:20:49 по 03.10.2025 11:20:49

Департамент охорони здоров'я



061-9517 від 10.10.2024

11.	Максимальний рівень вакууму при змінному режимі роботи, не менше	220 мм рт.ст	
12.	Максимальне значення потужності всмоктування, не гірше	4 л/хв	
13.	Маса апарату, не більше	0,7 кг	
14.	Можливість апгрейду програмного забезпечення через USB роз'єм	Відповідність	
15.	Наявність україномовного меню апарату	Відповідність	
16.	Система сповіщення про попередження (низький заряд акумулятора, витік, заповнена каністра)	Відповідність	
17.	Комплектація:		
18.	Апарат для лікування ран за допомогою від'ємного тиску з технічними характеристиками, що вказані вище – 1 шт	Відповідність	
19.	Стерильний перев'язувальний набір у складі повинен мати: поліуретанову губку розміром не менше 12x17x3см, плівку, силіконовий порт з коннектором Luer Lock – 12 шт	Відповідність	
20.	Стерильна каністра для ексудату, ємністю 1100 ± 50 мл, повинна прикріплюватися до задньої частини апарату двома пластиковими кріпленнями, з'єднання з силіконовим портом за типом Luer Lock – 12 шт	Відповідність	

Загальні вимоги:

1. Товар, що пропонується, повинен бути новим, таким, що не був у використанні. Для підтвердження учасник надає гарантійний лист.

2. Товар повинен бути належним чином зареєстрованим в Україні або дозволенним для введення в обіг та/або експлуатацію (застосування) відповідно до законодавства, сертифікованим для використання у медичних закладах. Ця вимога підтверджується: - завіреною копією декларації або копією документів, що підтверджують можливість введення в обіг та/або експлуатацію



ДОКУМЕНТ ІКС ЄІПК СЕД АСКОД (ПІДПИСАНО КВАЛІФІКОВАНИМ ЕЛЕКТРОННИМ ПІДПИСОМ)

Сертифікат 3FAA9288358EC003040000002DCC2500093CC300

Підписувач Гінзбург Валентина Григорівна

Дійсний з 03.10.2023 11:20:49 по 03.10.2025 11:20:49

Департамент охорони здоров'я



061-9517 від 10.10.2024

(застосування) товару за результатами проходження процедури оцінки відповідності згідно вимог технічного регламенту, або - завіреною копією Свідоцтва про державну реєстрацію медичного виробу, що свідчить про наявність медичного виробу в Державному реєстрі медичної техніки та виробів медичного призначення.

Якщо обладнання не є медичним виробом, учасник надає лист-роз'яснення.

3. Гарантійний термін обслуговування не менше 12 місяців з моменту введення в експлуатацію (якщо інше не передбачено технічними вимогами). Для підтвердження учасник надає гарантійний лист.

4. Сервісне обслуговування повинно здійснюватися інженерним персоналом, що сертифікований виробником - наявність сервісного центру на території України (надати лист-підтвердження із вказанням адреси розташування та контактних телефонів сервісного центру) та фахівців, які пройшли навчання у виробника запропонованого обладнання (надати копію відповідного документа).

5. Спроможність учасника поставити запропонований товар повинна підтверджуватись оригіналом гарантійного листа від виробника (якщо учасник не є виробником товару), або офіційного представника на території України (із наданням копії авторизаційного листа виробника), що підтверджує можливість постачання учасником запропонованого товару в необхідній кількості, якості та в потрібні терміни, визначені цією тендерною документацією та пропозицією учасника (надати оригінал такого гарантійного листа).

6. Наявність належним чином оформленої інструкції (паспорта) або будь-якого іншого документа щодо експлуатації запропонованого товару українською мовою (надати копії).

7. Вантажно-розвантажувальні роботи та доставка товару до закладів охорони здоров'я повинна здійснюватися постачальником за власні кошти. Для підтвердження учасник надає гарантійний лист.

8. Термін поставки товару: 30 днів з дати отримання письмової заявки Замовника, але не пізніше 20.12.2024. Для підтвердження учасник надає гарантійний лист.

9. Монтаж та навчання медперсоналу роботі на апаратурі постачальник проводить безкоштовно за письмовою заявою закладу-отримувача, якщо інше не передбачено умовами договору. Для підтвердження учасник надає гарантійний лист.

10. Запропонований товар повинен відповідати заявленим технічним вимогам. Для підтвердження учасник надає заповнену таблицю щодо відповідності з посиланням на відповідні розділи, та/або сторінку(и) технічного документа виробника.



ДОКУМЕНТ ІКС ЄПК СЕД АСКОД (ПІДПИСАНО КВАЛІФІКОВАНИМ ЕЛЕКТРОННИМ ПІДПИСОМ)

Сертифікат 3FAA9288358EC003040000002DCC2500093CC300

Підписувач Гінзбург Валентина Григорівна

Дійсний з 03.10.2023 11:20:49 по 03.10.2025 11:20:49

Департамент охорони здоров'я



061-9517 від 10.10.2024

11. Учасник повинен надати заповнену форму тендерної пропозиції за підписом керівника або уповноваженого представника підприємства, організації, установи та завірену печаткою (у разі наявності).

Форма тендерної пропозиції

(назва процедури закупівлі)

№ лоту/ з/п	Найменування предмету закупівлі/товару	Торгівельна назва товару	Виробник, країна	Одиниця виміру	Кількість, од.

.....
(посада особи, що підписує форму)

.....
(П.І.Б.)

(підпис)

М. П.*

* Вимога щодо печатки не стосується учасників, які здійснюють діяльність без печатки згідно з чинним законодавством.

** У разі наявності в технічній частині посилання на конкретну торгівельну марку чи фірму, джерело походження або виробника – читати з виразом «або еквівалент».

2. Розмір бюджетного призначення за кошторисом або очікувана вартість предмета закупівлі:

2 799 906,50 грн (Два мільйони сімсот дев'яносто дев'ять тисяч дев'ятсот шість гривень 50 копійок), без ПДВ.



ДОКУМЕНТ ІКС ЄІПК СЕД АСКОД (ПІДПИСАНО КВАЛІФІКОВАНИМ
ЕЛЕКТРОННИМ ПІДПИСОМ)

Сертифікат 3FAA9288358EC003040000002DCC2500093CC300

Підписувач Гінзбург Валентина Григорівна

Дійсний з 03.10.2023 11:20:49 по 03.10.2025 11:20:49

Департамент охорони здоров'я



061-9517 від 10.10.2024