**На сайт:**

 Тендерная комиссия по вопросам поставок продукции (работ, услуг) объявляла тендер (газета «Приднестровье» от 2 октября 2019 года № 180 (6353) на приобретение медицинского оборудования для нужд лечебно-профилактических учреждений в рамках Программы развития материально-технической базы Фонда капитальных вложений на 2019 год. В связи с тем, что по некоторым позициям поступило одно коммерческое предложение или не поступило ни одного, тендерная комиссия объявляет **повторный** тендер (газета «Приднестровье» от 6 ноября 2019 года № 205 (6378) на приобретение медицинского оборудования для нужд лечебно-профилактических учреждений в рамках Программы развития материально-технической базы Фонда капитальных вложений на 2019 год:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование медицинского оборудования | Наименование лечебно-профилактического учреждения | Количество единиц | Итого единиц |
| **Лот № 1** |
| Компрессор медицинский | ГУ «Республиканский центр матери и ребенка» | 2 ед. | 9 ед. |
| ГУ «Республиканская клиническая больница» | 2 ед. |
| ГУ «Бендерский центр матери и ребенка» | 1 ед. |
| ГУ «Бендерская центральная городская больница» | 1 ед. |
| ГУ «Дубоссарская центральная городская больница» | 2 ед. |
| ГУ «Рыбницкая центральная городская больница» | 1 ед. |
| **Лот № 2** |
| Транспортный неонатальный инкубатор в комплектации с аппаратом ИВЛ | ГУ «Республиканский центр матери и ребенка» | 1 ед. | 1 ед |
| **Лот № 3** |
| Открытая реанимационная система для новорожденных | ГУ «Республиканский центр матери и ребенка» | 3 ед. | 3 ед |
|  |  |  |  |
| **Лот № 4** |
| Стерилизатор паровой | ГУ «Республиканский центр матери и ребенка» | 3 ед. | 3 ед. |
| **Лот № 5** |
| Аппарат рентгенодиагностический на 2 рабочих места | ГУ «Республиканская клиническая больница» | 1 ед. | 2 ед. |
| ГУ « Дубоссарская центральная районная больница» | 1 ед.  |
| **Лот № 6** |
| Аппарат рентгеновский типа С-дуга | ГУ «Республиканская клиническая больница» | 1 ед. | 1 ед |
| **Лот № 7** |
| Дозиметр рентгеновского излучения | ГУ «Республиканский центр гигиены и эпидемиологии» | 1 ед. | 1 ед |
| **Лот № 8** |
| Негатоскоп | ГУ «Бендерская центральная городская больница» | 3 ед. | 3 ед. |

В связи с изменениями внесенными Постановлением Правительства ПМР от 15 июня 2019 года № 261 в Постановление Правительства ПМР от 30 января 2014 года № 36 «Об утверждении Положений, регулирующих порядок проведения ведомственного тендера, заключения договоров о закупках товаров, выполнении работ, предоставлении услуг, выдачи заключения, регистрации и осуществления финансирования договоров, заключаемых организациями, финансируемыми, за счет средств бюджетов различных уровней», и вступившими в силу с 17 июля 2019 года, хозяйствующие субъекты подают **коммерческие предложения в закрытых конвертах,** которые впоследствии, на заседании комиссии, председателем комиссии  в присутствии всех участников тендера вскрываются. Председателем комиссии оглашаются содержащиеся в конвертах сведения, и выносится на голосование вопрос о предоставлении всем участникам тендера права на снижение цены по предмету тендера от первоначально заявленной в коммерческих предложениях.

Учитывая вышеизложенное, участникам тендера в срок **до 16:00 часов
14 ноября 2019 года** необходимо представить коммерческие предложения в Министерство здравоохранения ПМР **в закрытом виде на бумажном носителе в запечатанных конвертах**, по адресу: ПМР, MD–3300, г. Тирасполь, пер. Днестровский, 3 (каб. № 10).

(Для нерезидентов ПМР, в случае не возможности предоставления коммерческого предложения в письменной форме допускается прием коммерческих предложений в электронной форме, по адресу электронной почты МЗ ПМР e-mail: tendermzpmr@mail.ru с обязательным уведомлением на момент подачи заявки по телефону +373 (533) 9-23-52).

Ведомственный тендер состоится **15 ноября 2019 года в 14:00** в Министерстве здравоохранения ПМР по адресу: г. Тирасполь, пер. Днестровский, 3

1. Коммерческое предложение должно быть подписано руководителем юридического лица с указанием следующей информации:
2. полное наименование хозяйствующего субъекта, его адрес, контактный номер телефона, Ф.И.О. руководителя или уполномоченного представителя;
3. технические характеристики, предлагаемой медицинской техники;
4. наличие сертификата соответствия, протокола испытания к нему, удостоверения качества предмета тендера, выданных в соответствии с действующим законодательством Приднестровской Молдавской Республики и иных документов страны поставщика при импорте товаров;
5. возможные условия оплаты (**предоплата не более 25%**, оплата по факту или отсрочка платежа).

В коммерческом предложении с предоплатой более 25% необходимо указать **обоснование указанной в заявке предоплаты**;

1. условия и срок поставки предмета тендера.

**Поставка должна осуществляется в полном объеме согласно спецификации к договору после поступления предоплаты;**

1. цена за единицу предмета тендера в рублях Приднестровской Молдавской Республики (в свободно конвертируемой валюте при импорте);
2. возможность изменения цены на товары (работы, услуги) в процессе исполнения договора в связи с объективными причинами изменения конъюнктуры цены на рынке и (или) в случае признания поставки государственным заказом;
3. условия об ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение принимаемых на себя участниками тендера обязательств;
4. перечень гарантийных обязательств: гарантийное, постгарантийное и сервисное обслуживание (копия договора на сервисное обслуживание между поставщиком и сервисным центром);
5. наличие лицензии (если деятельность подлежит лицензированию).
6. К коммерческому предложению должны прилагаться **в открытом виде** следующие документы:

а) копия лицензии (если деятельность подлежит лицензированию),

б) копии сертификатов соответствия, протоколов испытания к нему, удостоверения качества предмета тендера, выданных в соответствии с действующим законодательством Приднестровской Молдавской Республики и иных документов страны поставщика при импорте товаров,

в) копия свидетельства о государственной регистрации юридического лица – для резидентов, либо документ, подтверждающий государственную регистрацию юридического лица, выданный иностранным государством – для нерезидентов.

**В случае предоставления указанных документов на официальном языке иностранного государства необходимо приложить нотариально заверенный перевод данных документов на русском языке.**

1. **В случае не предоставления указанной информации, а так же коммерческие предложения в которых отсутствует обязательный перечень документов рассматриваться не будут.**
2. Согласно требованиям делопроизводства пакеты документов, представляемые на тендер как в открытом, так и в закрытом виде, должны быть прошнурованы, пронумерованы, скреплены печатью и подписью ответственного должностного лица.
3. Участие руководителя хозяйствующего субъекта обязательно, в случае невозможности его участия, уполномоченный представитель должен иметь доверенность на право участия в тендере.

В случае отсутствия на тендере руководителя хозяйствующего субъекта либо уполномоченного представителя, просим к направляемому коммерческому предложению дополнительно, в письменном виде, приложить информацию о возможных изменениях условий коммерческого предложения.

*Дополнительно сообщаем, что коммерческое предложение должно быть составлено в соответствии с требованиями Постановления Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 30 января 2014 года № 36 «Об утверждении Положений, регулирующих порядок проведения ведомственного тендера, заключения договоров о закупках товаров, выполнении работ, предоставлении услуг, выдачи заключения, регистрации и осуществления финансирования договоров, заключаемых организациями, финансируемыми, за счет средств бюджетов различных уровней» (САЗ 14-6) в действующей редакции.*

**Коммерческие предложения принимаются в форме таблицы указанной ниже.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование заказываемого****товара** | **Заказываемое количество** | **Наименование предлагаемого товара** | **Фирма производитель, страна** | **Предлагаемое количество** | **Цена****за ед.****товара, СКВ** | **Цена за ед. товара, руб. ПМР** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Коммерческие предложения должны в обязательном порядке содержать заполненную таблицу медико-технических требований к медицинскому оборудованию:**

**Лот №1: Компрессор медицинский.**

**Медико-технические требования к медицинской технике**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Параметры | Требования | Соответствие требованию | Примечание |
| **1. Общие требования** |
| 1.1 | Модель | указать | обязательно |   |
| 1.2 | Страна происхождения | указать | обязательно |  |
| 1.3 | Год выпуска, не ранее | 2019 | обязательно |  |
| 1.4 |  Сертификат (декларация) соответствия Госстандарта России, Украины или Республики Беларусь | наличие (приложить копию) | обязательно |  |
| 1.5 | Спецификация на предлагаемую медицинскую технику (комплектация) | наличие (приложить) | обязательно |  |
| **2. Компрессор медицинский** |
| 2.1 | Источник чистого, сухого сжатого воздуха без следов масла | наличие | обязательно |  |
| 2.2 | Производительность, л/мин, не менее | 40 | обязательно |  |
| 2.3 | Объем ресивера, л, не менее | 2 | обязательно |  |
| 2.4 | Степень фильтрации, микрон, не более  | 5 | обязательно |  |
| 2.5 | Уровень шума, дБ, не более  | 55 | оптимально |  |
| 2.6 | Бесперерывный режим работы  | наличие | обязательно |  |
| 2.7 | Колесные опоры | наличие | оптимально |  |
| 2.8 | Необходимые принадлежности для обеспечения работы имеющегося наркозно-дыхательного аппарата WATO EX-35 в комплекте | наличие | обязательно |  |
| 2.9 | Вес, кг, не более | 40 | оптимально |  |
| **3. Условия поставки** |
| 9.1 | Гарантийный срок (с момента ввода в эксплуатацию), не менее  | 12 месяцев | обязательно |   |
| 9.2 | Ввод в эксплуатацию поставляемого оборудования | наличие | обязательно |  |
| 9.3 | Обучение медицинского персонала пользованию оборудованием | наличие | обязательно |   |
| 9.4 | Инструкция пользователя на русском языке  | наличие | обязательно |  |
| 9.5 | Авторизированный сервисный центр по обслуживанию и ремонту медицинской техники на территории республики или сопредельных государств. | наличие | обязательно |   |
| 9.6 | Гарантийное техническое обслуживание всего оборудования (включая реагирование на заявки персонала о неисправностях в работе оборудования) | наличие | обязательно |  |
| 9.7 | Срок реагирования на заявки о неисправностях, ч, не более | 24 | обязательно |  |
| 9.8 | Возможность проведения постгарантийного обслуживания на договорной основе | наличие | обязательно |  |

**Лот №2: Транспортный неонатальный инкубатор в комплектации с аппаратом ИВЛ.**

**Медико-технические требования к транспортному неонатальному инкубатору в комплектации с аппаратом ИВЛ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Параметры** | **Требования** | **Соответствие требованию** | **Примечание** |
| **1. Общие требования** |
| 1.1 | Модель | указать | обязательно |  |
| 1.2 | Страна происхождения  | указать | обязательно |  |
| 1.3 | Сертификат (декларация) соответствия ЕС | наличие (приложить) | обязательно |  |
| 1.4 | Год выпуска, не ранее | 2019 | обязательно |  |
| 1.5 | Спецификация на предлагаемое медицинское оборудование (комлектация) | наличие (приложить) | обязательно |  |
|  | **2. Наименование характеристики или параметра** |
| 2.1 | Транспортный инкубатор с аппаратом ИВЛ | 1 шт | обязательно |  |
| 2.2 | Отсек для газовых баллонов – баллоны с газом расположены под основанием инкубатора | наличие | обязательно |  |
| 2.3 | Флоуметр 2 шт. | наличие | обязательно |  |
| 2.4 | Доступ к пациенту обеспечивается через переднюю панель и с помощью выдвижного ложа с головной стороны инкубатора | наличие | оптимально |  |
| 2.5 | Воздушный компрессор  | наличие | обязательно |  |
| 2.6 | Возможность подключения одного или двух аккумуляторов с помощью съемного поддона | наличие | обязательно |  |
| 2.7 | Корпус из стеклопластика, который гарантирует прочность, пожарную безопасность, поглощает вибрации, создаваемые транспортным средством | наличие | обязательно |  |
| 2.8 | 4 отверстия для рук с двух боковых сторон  | наличие | обязательно |  |
| 2.9 | Открывающаяся дверка в головной части  | наличие | обязательно |  |
| 2.10 | Лампа местного освещения для наблюдения за новорожденным при передвижениях инкубатора  | наличие | обязательно |  |
| 2.11 |  Автоматическое поддержание заданной температуры воздуха в камере пациента или температуры новорожденного, — по выбору оператора  | наличие | обязательно |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **3. Оснащение и принадлежности** |
|  |  |
| 3.1 | Встроенная аккумуляторная батарея напряжением не менее12 В и ёмкостью не менее 24 АЧ, не требующая обслуживания, обеспечивающая автономную работу инкубатора не менее 90 минут при экстремально низкой температуре среды | наличие | обязательно |  |
| 3.2 | Блок питания для обеспечения электропитания инкубатора от сети 220 В 50 Гц и зарядки внутренней батареи. | наличие | обязательно |  |
| 3.3 | Встроенный увлажнитель кислорода для кислородной терапии | наличие | обязательно |  |
| 3.4 | Индикатор кислорода для измерения концентрации кислорода в камере пациента | наличие | обязательно |  |
| 3.5 | Пульсоксиметр | наличие | обязательно |  |
| 3.6 | Увлажнитель | наличие | обязательно |  |
| 3.7 | Тележка жёсткая  | наличие | обязательно |  |
| 3.8 | Телескопический держатель капельницы | наличие | оптимально |  |
| 3.9 | Двойные стенки | наличие | обязательно |  |
| 3.10 | Блок батарей для автономного питания инкубатора | наличие | обязательно |  |
| 3.11 | Мини-компрессор воздушный | наличие | обязательно |  |
| 3.12 | Многопараметрический монитор | наличие | обязательно |  |
| 3.13 | Аппарат ИВЛ | наличие | обязательно |  |
| 3.14 | Инфузионный насос | наличие | обязательно |  |
| 3.15 | Двухместный матрасик | наличие | обязательно |  |
|  | **4. Технические данные** |
| 4.1 | Электропитание от сети 220 В 50 Гц | наличие | обязательно |  |
| 4.2 | От батареи 12 В постоянного тока  | наличие | обязательно |  |
| 4.3 | Объём камеры пациента не менее 550 куб. дм. | наличие | обязательно |  |
| 4.4 | Масса 70 кг - 85 кг | наличие | оптимально |  |
| 4.5 | Габаритные размеры не менее (высота х длина х глубина) 520 х 1050 х 550 мм | наличие | оптимально |  |
| 4.6 | Матрасик нормальный не более 570 х 250 мм | наличие | обязательно |  |
| 4.7 | Матрасик двухместный не более 570 х 350 мм | наличие | обязательно |  |
| 4.8 |  Время работы от аккумулятора Минимум 3 часа при установке смесителя на 21% кислорода | наличие | обязательно |  |
| 4.9 | Тревожный сигнал низкого заряда батареи, когда остается 30 минут работы воздушного компрессора | наличие | обязательно |  |
| 4.10 | Ожидаемый срок службы минимум 200 полных циклов зарядки/разрядки | наличие | обязательно |  |
| **5. Дополнительные приборы и комплектующие** |
| 5.1 | Дублирующие внутренние стенки камеры пациента | наличие | обязательно |  |
| 5.2 | Автономный блок питания (добавочные аккумуляторы) | наличие | обязательно |  |
| 5.3 | Расходные материалы: | наличие | обязательно |  |
| 5.4 |  Матрас многоразовый обрабатываемый 2 шт | наличие | обязательно |  |
| 5.5 | Матрас одноразовый ( комплект не менее чем на 1 год) | наличие | обязательно |  |
| 5.6 | Датчик концентрации кислорода | наличие | обязательно |  |
| 5.7 | Розетки перем. тока – 6 шт | наличие | обязательно |  |
| 5.8 | Кабель перем. тока и пост. тока инкубатора в комплекте | наличие | обязательно |  |
| 5.9 | Контур пациента к ИВЛ одноразовый (комплект не менее чем на 1 год ) 100 шт. | наличие | обязательно |  |
| 5.10 | Носовая трубка ПДКВ мод. 8324-00 и 8232-00 не менее 100 шт. | наличие | обязательно |  |
| 5.11 | Контур пациента к ИВЛ многоразовый 2 шт.  | наличие | обязательно |  |
| 5.12 | Держатель капельницы телескопический | наличие | оптимально |  |
|  | **6. Условия поставки**  |
| 7.1 | Гарантийный срок (с момента монтажа), не менее | 12 месяцев | обязательно |  |
| 7.2 | Монтаж оборудования у заказчика сервисной службой, авторизованной производителем оборудования | приложить документальное подтверждение | обязательно |  |
| 7.3 | Обучение медицинского персонала пользованию оборудованием | наличие | обязательно |  |
| 7.4 | Инструкция пользователя на русском языке | наличие | обязательно |  |
| 7.5 | Наличие авторизованного сервисного центра по обслуживанию и ремонту медицинской техники на территории республики или сопредельных государств | указать адрес, приложить документ об авторизации | обязательно |  |
| 7.6 | Гарантийное техническое обслуживание всего оборудования (включая реагирование на заявки персонала о неисправностях в рабате оборудования) | наличие | обязательно |  |
| 7.7 | Срок реагирования на заявки о неисправностях, ч, не более | 48 | обязательно |  |
| 7.8 | Возможность проведения постгарантийного обслуживания | наличие | обязательно |  |

**Лот № 4 Открытая реанимационная система для новорожденных**

**Медико-технические требования к открытой реанимационной системе для новорожденных**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование характеристики или параметра | Наличие характеристики или величина параметра | Соответствие требованиям |
| **1. Общие требования** |
| 1.1 | Модель | указать | обязательно |
| 1.2 | Производитель, страна происхождения  | указать | обязательно |
| 1.3 | Год выпуска, не ранее | 2019 | обязательно |
| 1.4 |  Сертификат (декларация) соответствия ЕС | наличие (приложить копию) | обязательно |
| 1.5 | Спецификация на предлагаемую медицинскую технику (комплектация) | наличие (приложить) | обязательно |
| 1.6 | Открытая реанимационная система для новорожденных (равномерный обогрев ребенка вне зависимости от положения нагревателя, термомониторинг, матрас с активным подогревом, плавно изменяемый наклон кровати, высококачественная фототерапия без использования других устройств). | 1 шт | обязательно |
| 1.7 | Обогрев всегда в фокусе | наличие | обязательно |
| 1.8 | Равномерное распределение тепла  | наличие | обязательно |
| 1.9 | Надежный мониторинг температуры | наличие | обязательно |
| 1.10 | Комфорт подогреваемого гелевого матраса | наличие | обязательно |
| 1.11 | Панель управления с дисплеем | наличие | обязательно |
| 1.12 | Хорошо заметная тревожная сигнализация | наличие | обязательно |
| 1.13 | Высота регулируется, поворотные шкафчики для хранения принадлежностей | наличие | обязательно |
| 1.14 | Система фототерапии с кварцевыми галогенными лампами, интегрированными в верхний корпус  | наличие | обязательно |
| 1.15 | Обеспечение температурно-нейтральный режим, защищающий новорожденного от переохлаждения или перегрева | наличие | обязательно |
| 1.16 | Теплоизлучатель с регулируемой выходной мощностью: управление греющей мощностью в ручном режиме, контроль продолжительности термотерапевтического сеанса при высокой греющей мощности | наличие | оптимально |
| 1.17 | Автоматика регулирования греющей мощности по температуре кожи: мониторинг температуры кожи с соответствующей автоматической корректировкой греющей мощности | наличие | обязательно |
| 1.18 | Термотерапия с гелевым матрацем независимо от теплоизлучателя: автоматический контроль и регулирование температуры нагревательных элементов  | наличие | оптимально |
| **2. ОСНАЩЕНИЕ И ПРИНАДЛЕЖНОСТИ** |
| 2.1 | Матрац с подогревом - измеряемые значения температуры Диапазон измеряемых значений от 15 °С до 40 °С, не хуже | наличие | оптимально |
| 2.2 | Тележки с изменяемой высотой. Высота хода не менее 295 мм.  | наличие | обязательно |
| 2.3 | Рабочий режим кратковременный 1 мин. - период включения |  наличие |  оптимально |
| 2.4 | Электропитание | наличие | обязательно |
| 2.5 |

|  |  |
| --- | --- |
| Напряжение сети |  220 ±10% В 50 Гц |

 | наличие | обязательно |
| 2.6 | Электромагнитная совместимость (ЭМС) проверена по EN 60601 -1-2 | наличие | оптимально |
| **3. Физические характеристики** |
| 3.1 | Длина х ширина 945 х 620 мм | наличие | оптимально |
| 3.2 | Базовый аппарат без механизма регулирования высоты 1295 мм | наличие | оптимально |
| 3.3 | Базовый аппарат с механизмом регулирования высоты от 1230 до 1515 мм | наличие | оптимально |
| 3.4 | Площадь ложа 750 х 490 мм | наличие | оптимально |
| 3.5 | Угол наклона ложа максимально 20 град вниз | наличие | обязательно |
| 3.6 | Высота боковых экранных секций 230 мм или 150 мм | наличие | оптимально |
| 3.7 | Высота внутренних экранных секций 70 мм | наличие | оптимально |
| 3.8 | Вес (со шкафом и крышкой) от 83 до 85 кг | наличие | оптимально |
| 3.9 | Освещение, изменение освещения при необходимости (яркий или мягкий свет) | наличие | обязательно |
| 3.10 | Кроватка с 4-мя откидывающимися боковыми стенками, пеносодержащий теплосохраняющий матрас | наличие | обязательно |
| 3.11 | Наклон столика от +20° до -15° | наличие | обязательно |
| 3.12 | Подогрев кроватки нижний подогрев, регулировка температуры ложа | наличие | обязательно |
| 3.13 | Принадлежности кроватка с матрасом (с/или без вставки для рентгенкассеты), тележка на выбор (фиксированная или изменяемая высота) | наличие | оптимально |
| **4. Дополнительные приборы и комплектующие** |
| 4.1 | Аппарат для санации бронхиального дерева | наличие | оптимально |
| 4.2 | Дозиметр O2 | наличие | оптимально |
| 4.3 | Распределитель O2 | наличие | оптимально |
| 4.4 | Распределитель O2 для кислородного баллона |  | оптимально |
| 4.5 | Кислородный монитор | наличие | оптимально |
| 4.6 | Кислородная маска  | наличие | оптимально |
| **5. Условия поставки** |
| 5.1 | Гарантийный срок (с момента монтажа), не менее | 12 месяцев | обязательно |
| 5.2 | Монтаж оборудования у заказчика сервисной службой, авторизованной производителем оборудования | приложить документальное подтверждение | обязательно |
| 5.3 | Обучение медицинского персонала пользованию оборудованием | наличие | обязательно |
| 5.4 | Наличие авторизованного сервисного центра по обслуживанию и ремонту медицинской техники на территории республики или сопредельных государств | указать адрес, приложить документ об авторизации | обязательно |
| 5.5 | Гарантийное техническое обслуживание всего оборудования (включая реагирование на заявки персонала о неисправностях в рабате оборудования) | наличие | обязательно |
| 5.6 | Срок реагирования на заявки о неисправностях, ч, не более | 48 | обязательно |
| 5.7 | Возможность проведения постгарантийного обслуживания | наличие | обязательно |
| 5.8 | Инструкция пользователя на русском языке | наличие | обязательно |

**Лот №4: Стерилизатор паровой.**

**Медико-технические требования к стерилизатору паровому**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  **№** | Параметры | Требования  | Соответствие требованию | Примечание |
| **1. Общие требования** |
| **1.1** | Модель | указать | обязательно |   |
| **1.2** | Производитель, страна происхождения | указать | обязательно |  |
| **1.3** | Год выпуска, не ранее | 2018 | обязательно |  |
| **1.4** |  Сертификат (декларация) соответствия Госстандарта России или Украины | наличие (приложить копию) | обязательно |  |
| **1.5** | Спецификация на предлагаемую медицинскую технику (комплектация) | наличие (приложить) | обязательно |  |
| **1.1** | Модель | указать | обязательно |   |
| **2. Общие характеристики** |
| **2.1** | Тип стерилизатора | горизонтальный, круглый, непроходной | обязательно |  |
| **2.2** | Механизм закрывания крышки | 1 винтовой прижим | обязательно |  |
| **2.3** | Боковое расположение механизма закрытия крышки, позволяющее снизить нагрузку на силовой винт | наличие | обязательно |  |
| **2.4** | Расположение приборов управления со стороны рабочей зоны стерилизатора (загрузочной стороны) | наличие | обязательно |  |
| **3. Технические характеристики** |
| **3.1** | Материал наружных панелей | нержавеющая сталь | обязательно |  |
| **3.2** | Материал камеры | нержавеющая сталь | обязательно |  |
| **3.3** | Толщина материала камеры, мм, не менее | 3 | обязательно |  |
| **3.4** | Материал крышки камеры | нержавеющая сталь | обязательно |  |
| **3.5** | Толщина материала крышки камеры, мм, не менее | 10 | обязательно |  |
| **3.6** | Термозащитный кожух на крышке | наличие | обязательно |  |
| **3.7** | Материал трубок, контактирующих с жидкостями и паром | нержавеющая сталь | обязательно |  |
| **3.8** | Объем стерилизационной камеры, л, не менее | 100 | обязательно |  |
| **3.9** | Размер стерилизационной камеры (диаметр×глубина), мм, не менее | 400×830 | оптимально |  |
| **3.10** | Внешние размеры (длина×ширина×высота), мм, не более | 1250×620×1500 | оптимально |  |
| **3.11** | Вес нетто, кг, не более | 230 | оптимально |  |
| **3.12** | Высота загрузки, мм, не менее | 785 | обязательно |  |
| **3.13** | Напряжение питания, В | 380 | обязательно |  |
| **3.14** | Мощность, кВт, не более | 10 | обязательно |  |
| **3.15** | Возможность подключения стерилизатора к системе электроснабжения через устройства защитного отключения | наличие | обязательно |  |
| **3.16** | Производительность встроенного парогенератора, кг/ч пара, не менее | 13 | обязательно |  |
| **3.17** | Водоуказательная колонка для визуального контроля за уровнем воды в парогенераторе отображения этапов работы | наличие | обязательно |  |
| **3.18** | Панель оператора отображает:- текущее время;- время от начала цикла;- заданную температуру цикла;- статус цикла;- количество проведенных циклов;- тревожные сообщения. | наличие | обязательно |  |
| **3.19** | Датчики уровня воды, работающие от переменного тока для исключения электрохимической коррозии парогенератора | наличие | обязательно |  |
| **3.20** | Система подачи воздуха в камеру через фильтр бактериальной очистки | наличие | обязательно |  |
| **3.21** | Стерилизатор оборудован автоматической системой парогашения | наличие | обязательно |  |
| **3.22** | Регулируемые опоры (ножки) | наличие | обязательно |  |
| **3.23** | Стерилизатор оборудован встроенными колесами для удобства перемещения во время монтажа и технического обслуживания | наличие | обязательно |  |
| **4. Управление и режимы** |
| **4.1** | Автоматическое и ручное управление | наличие | обязательно |  |
| **4.2** | Стандартный режим 1 (температура-давление-время)2 (температура-давление-время) | 132°С –0,2 МПа – 20 мин.120°С –0,11 МПа – 45 мин. | обязательно |  |
| **4.3** | Точность поддержания стерилизационной температуры, не хуже | ±2°С | обязательно |  |
| **4.4** | Режим прогревочный | наличие | обязательно |  |
| **4.5** | Предварительное удаление воздуха из стерилизационной камеры комбинированным способом: | гравитационная продувка и вакуумные пульсации | оптимально |  |
| **4.6** | Вакуумная сушка простерилизованных изделий при помощи конденсатора | наличие | обязательно |  |
| **4.7** | Глубина разрежения при сушке, МПа, не хуже | - 0,08 | обязательно |  |
| **4.8** | Остаточная влажность стерильных текстильных материалов, не более | 1,5 % | обязательно |  |
| **5. Система безопасности** |
| **5.1** | Отключение ТЭНов при снижении уровня воды в парогенераторе | наличие | обязательно |  |
| **5.2** | Защитное устройство от превышения давления в парогенераторе | наличие | обязательно |  |
| **6. Условия поставки** |
| **6.1** | Гарантийный срок (с момента монтажа), не менее  | 12 месяцев | обязательно |   |
| **6.2** | Монтаж оборудования у заказчика сервисной службой, авторизованной производителем оборудования | приложить документальное подтверждение | обязательно |  |
| **6.3** | Обучение медицинского персонала пользованию оборудованием | наличие | обязательно |   |
| **6.4** | Инструкция пользователя на русском языке  | наличие | обязательно |  |
| **6.5** | Наличие авторизованного сервисного центра по обслуживанию и ремонту медицинской техники на территории республики или сопредельных государств. | указать адрес, приложить документ об авторизации | обязательно |   |
| **6.6** | Гарантийное техническое обслуживание всего оборудования (включая реагирование на заявки персонала отделения о неисправностях в работе оборудования) | наличие | обязательно |  |
| **6.7** | Срок реагирования на заявки о неисправностях, ч, не более | 48 | обязательно |  |
| **6.8** | Возможность проведения постгарантийного обслуживания на договорной основе | наличие | обязательно |  |

**Лот № 5 Аппарат рентгенодиагностический на 2 рабочих места**

**Медико-технические требования к аппарату рентгенодиагностическому
на 2 рабочих места.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | Параметры | Требования  | Соответствие требованию | Примечание |
| **1. Общие требования** |
| **1.1** | Модель | указать | обязательно |   |
| **1.2** | Производитель, страна происхождения | указать | обязательно |  |
| **1.3** | Год выпуска, не ранее | 2019 | обязательно |  |
| **1.4** |  Сертификат (декларация) соответствия Госстандарта России или ЕС | наличие (приложить копию) | обязательно |  |
| **1.5** | Спецификация на предлагаемую медицинскую технику (комплектация) | наличие (приложить копию) | обязательно |  |
| **1.6** | Возможность проведения:- стандартных исследований костей и рентгенографических исследований, включая боковые экспозиции и косые лучевые проекции; - на плоском детекторе, экспозиций выполняемых на столе, полу, инвалидном кресле и передвижной кровати;- торакальных и абдоминальных исследований с помощью дополнительного вертикального штатива | наличие | обязательно |  |
| **2. Базовая система** |
| **2.1** | Рентгенографическая диагностическая система c столом для снимков передвижным стендом с рентгеновской трубкой, вертикальным штативом и одним плоским детектором. | наличие | обязательно |  |
| **2.2** | Наличие кассетоприемного устройства в столе и в вертикальном штативе для приема передвижного плоского цифрового детектора, цифровых CR кассет и кассет с пленкой. | наличие | обязательно |  |
| **2.3** | Эргономичная конструкция стола, обеспечивающая свободный доступ к пациенту с любой стороны для всех типов исследований.  | наличие | обязательно |  |
| **2.4** | Устойчивая к царапинам дека стола пациента с низким уровнем поглощения излучения и профильных реек с покрытием для аксессуаров.  | наличие | обязательно |  |
| **2.5** | Возможность перемещения деки стола пациента: - в продольном направлении, см, не менее- в поперечном направлении, см, не менее | 7520 | оптимально |  |
| **2.6** | Размеры деки стола, см, не менее | 225×75 | оптимально |  |
| **2.7** | Максимальный вес пациента, кг, не менее | 150 | обязательно |  |
| **2.8** | Высота стола над полом, см, не более | 90 | обязательно |  |
| **2.9** | Колонна излучателя должна двигаться по рельсам на полу без дополнительного крепления на потолке или стене | наличие | обязательно |  |
| **2.10** | Решетка, л/см, не менее | 90 | оптимально |  |
| **2.11** | Отношение растра, не менее | 12:1 | обязательно |  |
| **2.12** | Автоматическое управление экспозицией | наличие | оптимально |  |
| **2.13** | Возможность перемещения стенда с трубкой:- горизонтальное перемещение, см, не менее- диапазон вертикального перемещение, см, не менее | 13040 - 180 | обязательно |  |
| **2.14** | Вращение рентгеновской трубки:- вокруг горизонтальной оси, °, не менее- вокруг вертикальной оси, °, не менее | ±120±90 | обязательно |  |
| **2.15** | Максимальное расстояние от трубки до детектора, см, не менее | 115 | оптимально |  |
| **2.16** | Расстояние дека-детектор, мм, не более | 60 | оптимально |  |
| **2.17** | Диапазон перемещения кассетодержателя, см, не менее | 55 | оптимально |  |
| **2.18** | Вращение коллиматора вокруг вертикальной оси, °, не менее | ±40 | оптимально |  |
| **2.19** | Дополнительные фильтры, встроенные в коллиматор для снижения лучевой нагрузки для пациентов разных возрастов | наличие | обязательно |  |
| **2.20** | Вертикальный штатив | наличие | обязательно |  |
| **2.21** | Вертикальное перемещение приемника детектора, см, не менее | 140 | обязательно |  |
| **2.22** | Решетка, л/см, не менее | 90 | оптимально |  |
| **2.23** | Отношение растра, не менее | 12:1 | обязательно |  |
| **2.24** | Мощность генератора, кВт, не менее | 50 | обязательно |  |
| **2.25** | Напряжение на трубке, кВ, не менее | 40 - 130 | обязательно |  |
| **2.26** | Диапазон мАс, не менее | 0,5 - 750 | обязательно |  |
| **2.27** | Максимальное напряжение на трубке, кВ, не менее | 130 | обязательно |  |
| **2.28** | Номинальный размер фокусного пятна, мм | 0,6; 1,2 | обязательно |  |
| **2.29** | Мощность трубки, кВт, не менее | 50 | обязательно |  |
| **2.30** | Теплоемкость трубки с кожухом, HU | 3 000 | оптимально |  |
| **2.31** | Частота вращения анода, об/мин, не менее | 8500 | оптимально |  |
| **2.32** | Плоскопанельный цифровой детектор | наличие | обязательно |  |
| **2.33** | Размеры детектора рентгеновского излучения, см, не менее | 35×42 | обязательно |  |
| **2.34** | Материал детектора | аморфный силикон | оптимально |  |
| **2.35** | Активная матрица детектора, пиксел, не менее | 3000×2500 | обязательно |  |
| **2.36** | Размер пикселя, μм, не более | 140 | обязательно |  |
| **2.37** | Пространственное разрешение, пар линий/мм, не менее | 3.5 | оптимально |  |
| **2.38** | Глубина разрешения, бит, не менее | 12 | оптимально |  |
| **2.39** | Передача данных, с, не более | 10 | оптимально |  |
| **2.40** | Вес детектора, кг, не более | 5 | оптимально |  |
| **2.41** | Длина кабеля, м, не менее | 6 | оптимально |  |
| **2.42** | Максимальная нагрузка на детектор:- в положении пациента стоя, кг, не менее- в положении пациента лежа, кг, не менее | 100150 | оптимально |  |
| **2.43** | Компьютер, не менее: процессор Intel двухядерный, оперативная память 4Гб, S-ATA 256GB, HDD 500GB, USB 2.0, интерфейс для подключения детектора, операционная система Windows-7, источник бесперебойного питания | наличие | обязательно |  |
| **2.44** | Количество сохраняемых изображений, не менее | 10000 | обязательно |  |
| **2.45** | Монитор: диагональ 19", разрешение не менее 1280×1024 | наличие | обязательно |  |
| **2.46** | Функции программного обеспечения:- регистрация пациента,- сбор данных с детектора и работа с изображениями пациента,- количество орган программ не менее 90,- программа для оптимизации изображения,- возможность измерения расстояний и углов,- возможность введения аннотаций, комментариев, R/L маркеров,- передача данных DICOM на сервер,- печать DICOM на пленочном принтере. | наличие | обязательно |  |
| **2.47** | Питание от электрической сети | 3 фазы, 380/400В | обязательно |  |
| **2.48** | Комплект рентгенозащитных средств для пациента и персонала | наличие | оптимально |  |
| **2.49** | Максимальный вес аппарата (без вертиграфа), кг, не более | 650 | оптимально |  |
| **3. Медицинский принтер** |
| **3.1** | Настольный термографический принтер с большим форматом снимков, для КТ, МРТ, цифровых рентгеновских установок | наличие | обязательно |  |
| **3.2** | Технология печати | прямая термографическая печать | обязательно |  |
| **3.3** | Тип используемой пленки | указать | обязательно |  |
| **3.4** | Возможность использования пленки стандартных форматов 8×10", 10×12", 11×14", 14×17"  | наличие | обязательно |  |
| **3.5** | Не менее 2 лотков для пленки любого формата (все форматы в прямом доступе для печати) | наличие | обязательно |  |
| **3.6** | Вместимость каждого лотка подачи пленки, листов, не менее | 100 | обязательно |  |
| **3.7** | Производительность:- 8×10" , пленок в час, не менее- 11×14" , пленок в час, не менее- 14×17" , пленок в час, не менее | 1408675 | оптимально |  |
| **3.8** | Время получения первого изображения, с, не более | 80 | оптимально |  |
| **3.9** | Область печати:- 8×10" , пикселей, не менее- 10×12" , пикселей, не менее- 11×14" , пикселей, не менее- 14×17" , пикселей, не менее | 2376×30703070×36533348×43584358×5232 | оптимально |  |
| **3.10** | Геометрическое разрешение при печати, точек на дюйм, не менее | 320 | оптимально |  |
| **3.11** | Контрастное разрешение при печати, бит, не менее | 12 | обязательно |  |
| **3.12** | Число оттенков серого в каждой точке, не менее | 4096 | оптимально |  |
| **3.13** | Совместимость с форматом DICOM | наличие | обязательно |  |
| **3.14** | Общий уровень акустического шума:- во время работы, дБ, не более- в ждущем режиме, дБ, не более | 6253 | оптимально |  |
| **3.15** | Интерфейсы | Ethernet, последовательный (RS232) | оптимально |  |
| **3.16** | Потребляемая мощность:- в режиме печати, Вт, не более- в режиме ожидания, Вт, не более- максимум, Вт, не более | 25070530 | оптимально |  |
| **3.17** | Масса, кг, не более | 90 | оптимально |  |
| **3.18** | Питание от электрической сети | 100 – 240 В, 50/60 Гц | обязательно |  |
| **3.19** | Стартовый набор термопленки, коробок по 100 шт., не менее | 3 | обязательно |  |
| **4. Условия поставки** |
| **4.1** | Гарантийный срок (с момента монтажа), не менее  | 12 месяцев | обязательно |   |
| **4.2** | Монтаж оборудования у заказчика сервисной службой, авторизованной производителем оборудования | приложить документальное подтверждение | обязательно |  |
| **4.3** | Обучение медицинского персонала пользованию оборудованием | наличие | обязательно |   |
| **4.4** | Инструкция пользователя на русском языке  | наличие | обязательно |  |
| **4.5** | Наличие авторизованного сервисного центра по обслуживанию и ремонту медицинской техники на территории республики или сопредельных государств. | указать адрес, приложить документ об авторизации | обязательно |   |
| **4.6** | Гарантийное техническое обслуживание всего оборудования (включая реагирование на заявки персонала отделения о неисправностях в работе оборудования) | наличие | обязательно |  |
| **4.7** | Срок реагирования на заявки о неисправностях, ч, не более | 48 | обязательно |  |
| **4.8** | Возможность проведения постгарантийного обслуживания на договорной основе | наличие | обязательно |  |

**Лот № 6: Аппарат рентгеновский типа С-дуга.**

Медико-технические требования к аппарату рентгеновскому типа С-дуга.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Параметры | Требования  | Соответствие требованию | Примечание |
| **1. Общие требования** |
| 1.1 | Модель | указать | обязательно |   |
| 1.2 | Производитель, страна происхождения | указать | обязательно |  |
| 1.3 | Год выпуска, не ранее | 2019 | обязательно |  |
| 1.4 |  Сертификат (декларация) соответствия ЕС | наличие (приложить копию) | обязательно |  |
| 1.5 | Спецификация на предлагаемую медицинскую технику (комплектация) | наличие (приложить) | обязательно |  |
| 1.6 | Применяется в ортопедической хирургии, в том числе при эндопротезировании тазобедренного сустава | наличие | обязательно |  |
| **2. Базовый блок** |
| 2.1 | Полипозиционный штатив с С-образной дугой | наличие | обязательно |  |
| 2.2 | Сбалансированная С-дуга для легкого позиционирования во всех направлениях | наличие | обязательно |  |
| 2.3 | Цветовая кодировка перемещений и тормозов системы для быстроты и точности позиционирования | наличие | оптимально |  |
| 2.4 | Глубина С-дуги, мм, не менее | 660 | обязательно |  |
| 2.5 | Горизонтальное перемещение, мм, не менее  | 200 | обязательно |  |
| 2.6 | Моторизованное вертикальное перемещение | наличие | обязательно |  |
| 2.7 | Поворот С-дуги относительно вертикальной оси, °, не менее | ±10 | обязательно |  |
| 2.8 | Диапазон вращения С-дуги в горизонтальной плоскости, °, не менее | ±200 | обязательно |  |
| 2.9 | Орбитальное вращение С-дуги, °, не менее | 120 | обязательно |  |
| 2.10 | Кабельные дефлекторы на колесах С-дуги | наличие | оптимально |  |
| 2.11 | Масса С-дуги в сборе, кг, не более | 350 | оптимально |  |
| 2.12 | Электропитание | 220В±10%, 50Гц | обязательно |  |
| 2.13 | Панель управления | сенсорная | оптимально |  |
| **3. Излучатель с рентгеновской трубкой** |
| 3.1 | Рентгеновская трубка с вращающимся анодом | наличие | обязательно |  |
| 3.2 | Размер малого фокального пятна, мм, не более | 0,3×0,3 | оптимально |  |
| 3.3 | Размер большого фокального пятна, мм, не более | 0,6×0,6 | оптимально |  |
| 3.4 | Максимальное анодное напряжение, кВ, менее | 110 | обязательно |  |
| **4. Высокочастотный рентгеновский генератор** |
| 4.1 | Моноблочный тип генератора | наличие | обязательно |  |
| 4.2 | Максимальная импульсная мощность, кВт, не менее | 2 | обязательно |  |
| 4.3 | Частота инвертирования, кГц, не менее | 40 | оптимально |  |
| **5. Коллиматор** |
| 5.1 | Встроенная диафрагма | прямоугольная или ирисовая;щелевая | обязательно |  |
| 5.2 | Встроенный блок вычисления дозы | наличие | обязательно |  |
| **6. Детектор изображений** |
| 6.1 | Поле обзора детектора, см, не менее | 20 | обязательно |  |
| 6.2 | Матрица изображения, пиксели, не менее | 1024 × 1024 | обязательно |  |
| 6.3 | Скорость получения изображений, кадр/с, не менее | 25 | обязательно |  |
| 6.4 | Лазерный центратор | наличие | оптимально |  |
| 6.5 | Решетка (растр)  | наличие | оптимально |  |
| 6.6 | Разрядность, бит, не менее | 12 | обязательно |  |
| **7. Мобильная просмотровая станция**  |
| 7.1 | Количество мониторов на передвижной стойке, не менее | 2 | обязательно |  |
| 7.2 | Тип монитора | жидкокристал-лический, 19ʺ, 1280×1024 | оптимально |  |
| 7.3 | Крепление мониторов на кронштейне  | наличие | оптимально |  |
| 7.4 | Возможность регулировки положения мониторов | наличие | оптимально |  |
| **8. Система цифровой обработки изображений** |
| 8.1 | Количество сохраняемых изображений (1024×1024), не менее | 10 000 | обязательно |  |
| 8.2 | Цифровая память последних изображений, кадров, не менее | 300 | обязательно |  |
| 8.3 | Встроенное устройство для записи на DVD | наличие | оптимально |  |
| 8.4 | Возможность сохранения последнего изображения | наличие | оптимально |  |
| 8.5 | Возможность сохранения изображений на съемном носителе USB | наличие | оптимально |  |
| 8.6 | Русифицированный интерфейс | наличие | оптимально |  |
| 8.7 | Автоматическая настройка яркости и контрастности | наличие | обязательно |  |
| 8.8 | Система автоматического подавления шумов | наличие | оптимально |  |
| 8.9 | Локальная база данных пациентов | наличие | оптимально |  |
| 8.10 | Интегрированные функции DICOM | наличие | оптимально |  |
| 8.11 | Инверсия изображения слева/направо; сверху/вниз | наличие | обязательно |  |
| 8.12 | Функция увеличения изображения в режиме реального времени | наличие | оптимально |  |
| 8.13 | Функция вращения изображения в режиме реального времени | наличие | оптимально |  |
| 8.14 | Возможность измерения углов, длин, площади | наличие | обязательно |  |
| 8.15 | Возможность калибровки длины | наличие | обязательно |  |
| 8.16 | Функция электронных шторок | наличие | оптимально |  |
| **9. Дополнительные принадлежности** |
| 9.1 | Термопринтер для получения твердых копий на термобумаге и пленке с расходными материалами, необходимыми для обеспечения работы в течение 3 месяцев | наличие | обязательно |  |
| 9.2 | Кассетодержатель | наличие | оптимально |  |
| 9.3 | Пульт дистанционного управления | наличие | оптимально |  |
| 9.4 | Комплект стерилизуемых чехлов | наличие | оптимально |  |
| 9.5 | Комплект средств защиты | наличие | оптимально |  |
| **10. Режимы работы** |
| 10.1 | Цифровая рентгенография | наличие | обязательно |  |
| 10.2 | Рентгеноскопия (импульсная и непрерывная) | наличие | обязательно |  |
| 10.3 | Пленочная рентгенография | наличие | оптимально |  |
| 10.4 | Программы органавтоматики | наличие | оптимально |  |
| **11. Условия поставки** |
| 11.1 | Гарантийный срок (с момента ввода в эксплуатацию), не менее  | 12 месяцев | обязательно |   |
| 11.2 | Ввод в эксплуатацию поставляемого оборудования | наличие | обязательно |  |
| 11.3 | Обучение медицинского персонала пользованию оборудованием | наличие | обязательно |   |
| 11.4 | Инструкция пользователя на русском языке  | наличие | обязательно |  |
| 11.5 | Наличие сервисного центра по обслуживанию и ремонту медицинской техники на территории республики или сопредельных государств. | указать адрес | обязательно |   |
| 11.6 | Гарантийное техническое обслуживание всего оборудования (включая реагирование на заявки персонала отделения о неисправностях в работе оборудования) | наличие | обязательно |  |
| 11.7 | Срок реагирования на заявки о неисправностях, ч, не более | 48 | обязательно |  |
| 11.8 | Возможность проведения постгарантийного обслуживания на договорной основе | наличие | обязательно |  |

**Лот № 7: Дозиметр рентгеновского излучения.**

Медико-технические требования на дозиметр рентгеновского излучения.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Параметры | Требования | Соответствие требованию | Примечание |
| **1. Общие требования** |
| 1.1 | Модель | указать | обязательно |  |
| 1.2 | Страна происхождения | указать | обязательно |  |
| 1.3 | Год выпуска, не ранее | 2019 | обязательно |  |
| 1.4 |  Сертификат (декларация) соответствия Госстандарта России, Украины или Республики Беларусь | наличие (приложить копию) | обязательно |  |
| 1.5 | Спецификация на предлагаемую медицинскую технику (комплектация) | наличие (приложить) | обязательно |  |
| **2. Технические характеристики** |
| 2.1 | Портативный широкодиапазонный прибор для дозиметрии рентгеновского излучения | наличие | обязательно |  |
| 2.2 | Диапазон измерений мощности амбиентного эквивалента дозы:- непрерывного излучения длительного действия,- непрерывного излучения кратковременного действия,- импульсного излучения | 50 нЗв/ч – 10 Зв/ч5 мкЗв/ч – 10 Зв/ч0,1 мкЗв/ч – 10 Зв/ч | обязательно |  |
| 2.3 | Диапазон измерений амбиентного эквивалента дозы | 10 нЗв – 10 Зв | обязательно |  |
| 2.4 | Штанга телескопическая в комплекте не менее, м | 3,5±0,5 | обязательно |  |
| 2.5 | Возможность подключения к ПК | наличие | оптимально |  |
| 2.6 | Возможность дозиметрии гамма-излучения | наличие | обязательно |  |
| **3. Условия поставки** |
| 3.1 | Гарантийный срок (с момента ввода в эксплуатацию), не менее  | 12 месяцев | обязательно |  |
| 3.2 | Ввод в эксплуатацию поставляемого оборудования | наличие | обязательно |  |
| 3.3 | Обучение медицинского персонала пользованию оборудованием | наличие | оптимально |  |
| 3.4 | Инструкция пользователя на русском языке  | наличие | обязательно |  |
| 3.5 | Наличие авторизованного сервисного центра по обслуживанию и ремонту медицинской техники на территории республики или сопредельных государств. | приложить документ об авторизации | обязательно |  |
| 3.6 | Гарантийное техническое обслуживание всего оборудования (включая реагирование на заявки персонала о неисправностях в работе оборудования) | наличие | обязательно |  |
| 3.7 | Срок реагирования на заявки о неисправностях, ч, не более | 48 | обязательно |  |
| 3.8 | Возможность проведения постгарантийного обслуживания на договорной основе | наличие | обязательно |  |
| 3.9 | Инструкция (методика) поверки дозиметра | наличие | обязательно |  |
| 4.0 | Свидетельство заводской поверки | наличие | обязательно |  |
| 4.1 | Поставщик обязуется обеспечить внесение типа СИ в Государственный реестр СИ ПМР на момент ввода оборудования в эксплуатацию | наличие | обязательно |  |

**Лот № 8: Негатоскоп.**

**Технические характеристики на негатоскоп.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Параметры | Требования | Соответствие требованию |
| 1 | Общие габариты (ш х в х т) в мм, ±100мм | 730 х 500 х 130  | обязательно |
| 2 | Видимая часть (ш х в) в см, не менее | 70 х 43 | обязательно |
| 3 | Количество флуоресцентных ламп/мощность, не менее | 4 х 30 W | оптимально |
| 4 | Цветовая температура ламп, К, не менее | 6500 | оптимально |
| 5 | Яркость свечения, cd/m2, не менее | 6700 | оптимально |
| 6 | Энергосберегающее немерцающее ВЧ освещение | Наличие | обязательно |
| 7 | Потребляемая мощность, не более | 153 W | обязательно |
| 8 | Равномерность яркости свечения | 100% | обязательно |
| 9 | Регулировка яркости: | Плавная регулировка Диапазон регулировки прим. 90% | оптимально |
| 10 | Вид крепления | Настенное | обязательно |
| 11 | Четыре передвижные шторки | Наличие | оптимально |
| 12 | Вес, кг, не более | 29 | оптимально |
| 13 | Средний срок службы, лет | не менее 5 | обязательно |
| 14 | Срок изготовления не ранее  | 2018 года | обязательно |
| 15 | Напряжение питающей сети | 220 ±30 | обязательно |
| 16 | Смотровой экран | Акриловое стекло (молочное) | обязательно |
| 17 | Сертификат соответствия Россия, Украина | Наличие | обязательно |
| 18 | Гарантийные обязательства не менее | 12 месяцев | обязательно |

Участник тендера должен дать ответ на все пункты в виде таблицы и предоставить разъяснение по каждому пункту в разделе «Соответствие требованию», указав характеристики поставляемого оборудования, со ссылкой на соответствующую страницу в прилагаемой технической документации на оборудование в разделе «Примечание». Техническая документация (техпаспорт, инструкция, каталог, брошюра) прилагается к техническому заданию и является неотъемлемой частью коммерческого предложения.

**В случае отсутствия ответов на любой из пунктов медико-технических требований медико-техническая комиссия имеет право считать, что соответствующее значение параметра оборудования не отвечает медико-техническим требованиям.**

Несоответствие предложенного оборудования необходимым медико-техническим требованиям в целом и по отдельным пунктам является основанием к отклонению предложения.