Załącznik Nr 1.2.1 do SWZ

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH

**APARAT DO ELEKTROCHIRURGII – 4 SZTUKI**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa |  |
| Typ |  |
| Producent |  |
| Kraj pochodzenia |  |
| Rok produkcji: | Sprzęt nowy, nieużywany, rok produkcji min. 2022 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | PARAMETR WYMAGANY | | PARAMETR OFEROWANY  (podać zakresy, opisać lub potwierdzić) |
| **I** | **PARAMETRY TECHNICZNE** | | |
|  | Panel sterowania łatwy w czyszczeniu wyposażony w przyciski do regulacji parametrów oraz wyświetlacze informacyjne, bez wystających potencjometrów i innych pokręteł regulacyjnych, | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy diatermii o przystawkę do selektywnej preparacji naczyń i nerwów za pomocą strumienia cieczy, z możliwością regulacji ciśnienia w zakresie min. 1-60 bar, z możlwością użycia zintegrowanego aplikatora wodno-ssąco-prądowego. | TAK |  |
|  | System kontroli ze wskaźnikiem poprawnego przylegania elektrody biernej | TAK |  |
|  | Automatyczna kontrola działania urządzenia po załączeniu do sieci i podczas zabiegu | TAK |  |
|  | Sygnalizacja dźwiękowa i wizualna awarii z wyświetlaniem kodu błędu, zapamiętanie kodów błędu | TAK |  |
|  | Pamięć nastaw – minimum 9 niezależnych programów pracy | TAK |  |
|  | Regulacja mocy we wszystkich dostępnych trybach mono i bopolarnych z krokiem co 1 W w całym zakresie | TAK |  |
|  | Maksymalna moc cięcia monopolarnego 300±10 [W] | TAK |  |
|  | Minimum dwa rodzaje cięcia monopolarnego | TAK |  |
|  | Minimum 3 rodzaje koagulacji monopolarne | TAK |  |
|  | Moc koagulacji monopolarnej do 200±10[W] | TAK |  |
|  | Moc koagulacji bipolarnej do.120±10[W] | TAK |  |
|  | Koagulacja bipolarna z funkcją automatycznego przerwania pracy po skoagulowaniu tkanki | TAK |  |
|  | Gniazda z możliwością bezpośredniego podłączenia przewodów jednobolcowych : monopolarne - min. 1, bipolarne - min 1, neutralne – 1 | TAK |  |
|  | Gniazda monopolarne umożliwiające bezpośrednie podłączenie kabli jednobolcowych o średnicy 4mm oraz kabli 3 – bolcowych. | TAK |  |
|  | Możliwość podłączenia przystawki argonowej oraz ewakuatora dymu | TAK |  |
|  | Wyposażenie:  wózek mobilny z koszem na wyposażenie– 4 szt.  włącznik nożny podwójny – 4 szt.  elektroda neutralna z pierścieniem ekwipotencjalnym 23 -24 cm2 o powierzchnii 82-85 cm2 – 100 szt.  Kabel elektrody neutralnej, dł. 4m – 2 szt. |  |  |
|  | Dostępność części zamiennych min. 8 lat | TAK |  |
| **II** | **OKRES GWARANCJI I SERWISU** | | |
|  | Okres gwarancji i serwisu gwarancyjnego min. 24 miesiące | TAK, Podać |  |
|  | Gwarancja liczona od dnia podpisania protokołu odbioru i przekazania do eksploatacji | TAK |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny świadczony w siedzibie Zamawiającego | TAK,  Podać dane teleadresowe |  |
|  | Aktualne dokumenty dopuszczające oferowany wyrób do używania i obrotu na ternie RP (Deklaracja Zgodności zgodnie z Ustawą o Wyrobach Medycznych (Dz. U. z 2022, poz. 463, 583, 974. lub certyfikat CE) oraz wpisy/zgłoszenia do Rejestru wyrobów Medycznych i Preparatów Biobójczych lub oświadczenie, że dokumenty takie nie są wymagane. | TAK, dołączyć do oferty |  |
|  | Bezpłatne przeglądy w okresie gwarancyjnym wg zaleceń producenta – min. 1 przegląd rocznie | TAK |  |
|  | Termin przystąpienia serwisu Wykonawcy do naprawy gwarancyjnej – maksymalnie 48 godzin od zgłoszenia o wadzie – z wyłączeniem sobót i dni ustawowo wolnych od pracy | TAK |  |
|  | Zagwarantowanie dostępności części zamiennych przez min. 10lat od oddania do eksploatacji | TAK |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w terminie wzajemnie uzgodnionym z Zamawiającym | TAK |  |
|  | Instrukcja w języku polskim (wraz z dostawą i uruchomieniem aparatu) | TAK |  |
|  | Dostarczenie kart gwarancyjnych wraz z aparatem | TAK |  |
|  | Dostarczenie paszportu technicznego wraz z odpowiednimi wpisami | TAK |  |
|  | Na czas naprawy sprzętu trwającej ponad czas określony w § 4 ust. 4 Umowy, Wykonawca zapewnia pełnowartościowy sprzęt zastępczy tego samego rodzaju. | TAK |  |

UWAGA:

Parametry określone jako „TAK” są warunkami granicznymi. Udzielenie odpowiedzi „NIE” lub nie wypełnienie pola oraz niespełnienie któregokolwiek z warunków spowoduje odrzucenie oferty.

Brak opisu lub potwierdzenia wymaganego parametru/warunku będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia.

Wykonawca dokonuje szczegółowego opisu wymaganego parametru, a w przypadku parametru określonego przez Zamawiającego przez podanie wartości "maksymalnie", "minimalnie", "±" lub "≥ ≤", Wykonawca podaje dokładne wartości oferowanych parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.

Brak opisu lub potwierdzenia wymaganego warunku będzie traktowany, jako brak danego parametru / warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia. Zaoferowane powyżej parametry wymagane powinny być nie sprzeczne z materiałem informacyjnym.

Wykonawca gwarantuje niniejszym, że powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest zgodne z wymogami zapytania ofertowego sprzęt jest fabrycznie nowy, nieużywany, kompletny, i do jego stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów

Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.

Oświadczamy, że oferowany i powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i będzie po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

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

podpisano podpisem elektronicznym przez osobę/y uprawnioną/e

do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia Wykonawcy