Załącznik nr 2 do zaproszenia

 Do złożenia oferty cenowej

 Znak sprawy: Z/E/9/20

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH**

**ORAZ WARUNKI PODLEGAJĄCE OCENIE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne Tak/Nie** | **Parametry oferowane/ opisać** | **Punktacja**  |
| 1 | Oferent/producent/firma/kraj | Podać |  |  |
| 2 | Nazwa i typ | Podać |  |  |
| 3 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji: 2020 | Tak |  |  |
| 4 | Mycie i dezynfekcja wszystkich typów zanurzalnych endoskopów giętkich – 2 urządzenia jednocześnie | Tak |  |  |
| 5 | Wbudowany kompresor i rękojeść pistoletowa do osuszania kanałów i zewnętrznych powierzchni endoskopu | Tak/Nie |  | Tak – 10 pktNie – 0 pkt |
| 6 | Możliwość wielokrotnego użycia płynu dezynfekującego – zamknięty system wielokrotny proces. Dowolność stosowania środków dezynfekcyjnych. Środek myjący stosowany jednorazowo | Tak |  |  |
| 7 | Wyświetlacz wskazujący fazy danego cyklu. Panel informacyjny LCD | Tak |  |  |
| 8 | Czas mycia (regulowany): 0 sek. – 3 min. | Tak |  |  |
| 9 | Czas dezynfekcji (regulowany): 1 min. – 1 godz. | Tak |  |  |
| 10 | Detergent: czas dozowania (regulowany) 0 – 60 sek. (natrysk lub namaczanie) | Tak/Nie |  | Tak – 10 pktNie – 0 pkt |
| 11 | Czas płukania (regulowany): 0 sek. – 3 min. | Tak |  |  |
| 12 | Tryb pracy automatyczny z możliwością regulacji czasu dezynfekcji i mycia | Tak |  |  |
| 13 | Test szczelności | Tak |  |  |
| 14 | Wymuszony odpływ płynów z komory dezynfekcyjnej | Tak |  |  |
| 15 | Napełnianie i opróżnianie środka dezynfekcyjnego | Tak |  |  |
| 16 | Opcja przepłukania alkoholem | Tak |  |  |
| 17 | Pojemność zbiornika: dezynfektant: 15L, alkohol: 1,5L, detergent: 1,5L | Tak |  |  |
| 18 | System pomp: pompa testu szczelności, pompa powietrza, pompa odpływu, pompa dezynfektantu, pompa wodna, pompa alkoholu, pompa detergentu | Tak |  |  |
| 19 | System filtracji: filtr wstępny (0,2 mikrona) | Tak |  |  |
| 20 | Sposoby mycia: powierzchnie zewnętrzne, mycie bieżącą wodą, mycie z użyciem detergentu; Wnętrza kanałów: przepływ płynów, powietrze, alkohol; Akcesoria (Zawory: ssanie, powietrze, woda itp.) | Tak |  |  |
| 21 | Sposoby dezynfekcji: powierzchnie zewnętrzne – zanurzenie w środku dezynfekcyjnym), wnętrza kanałów – przepływ środka dezynfekcyjnego, alkohol, powietrze, akcesoria (zawory: ssanie, powietrze, woda itp.) – zanurzenie w środku dezynfekcyjnym | Tak |  |  |
| 22 | Dokumentowanie przebiegu procesu mycia, dezynfekcji i płukania + opcja: wbudowana drukarka, opcja: podłączenie systemy rejestracji endoskopów RFID, dodatkowe informacje na wydruku, identyfikacja endoskopu | Tak |  |  |
| 23 | System druku (cały proces): data i godzina rozpoczęcia procesu, proces mycia, płukania, dezynfekcji, godzina zakończenia procesu, temperatura środka dezynfekcyjnego, ilość użyć środka dezynfekcyjnego | Tak |  |  |
| 24 | Dezynfekcja wody, wbudowana lampa UV | Tak |  |  |
| 25 | 2 wyjścia na test szczelności, 6 wyjść na kanały robocze, awaryjny spust środka dezynfekcyjnego/ detergentu/ alkoholu | Tak |  |  |
| 26 | Prysznic powietrzny po procesie mycia zmniejszający ryzyko rozcieńczania płynu dezynfekującego | Tak/ Nie |  | Tak – 10 pktNie – 0 pkt |
| 27 | Menu/ obsługa w języku polskim | Tak |  |  |
| 28 | Podłączenie do instalacji hydraulicznej, oraz sieci elektrycznej jednofazowej: podłączenie hydrauliczne: zawór ½ lub ¾ cala, odpływ kanalizacyjny, gniazdo sieciowe jednofazowe AC220 – 240V, 50/60 Hz | Tak |  |  |
| 29 | Wymaganie elektryczne: AC220 – 240V, 50/60 Hz | Tak |  |  |
| 30 | Zużycie energii: max 2,0 kVA | Tak |  |  |
| 31 | Wymiary max: 630x 700x 980 mm | Tak |  |  |
| 32 | Waga max: 90kg | Tak |  |  |
| 33 | Przyłącze do myjni kompatybilne z posiadanym przez użytkownika sprzętem | Tak |  |  |
| **Pozostałe warunki przedmiotu zamówienia** |
| 34 | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie usterki do 48 h w dni robocze | Tak |  |  |
| 35 | Czas usunięcia usterki, awarii do 14 dni roboczych od momentu zgłoszenia | Tak |  |  |
| 36 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak/ Podać |  |  |
| 37 | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |  |
| 38 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny zapewnią firmy wskazane przez Wykonawcę – podać w załączeniu wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania tych czynności | Tak/Podać |  |  |
| 39 | Przekazanie pełnego dostępu do wykonywania czynności serwisowych urządzenia medycznego po upływie okresu gwarancji tj. przekazanie ewentualnych kluczy serwisowych | Tak |  |  |
| 40 | Bezpłatne przeglądy techniczne w okresie gwarancji, minimum jeden przegląd techniczny na koniec każdego roku gwarancji | Tak |  |  |

\*dni robocze: od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy

1. **Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie będzie skutkowało odrzuceniem oferty.**
2. **Kolumna „Parametry oferowane przez Wykonawcę” musi być w całości wypełniona. Niewypełnienie w całości spowoduje odrzucenie oferty.**

………………………………………………………………

Podpis osoby uprawnionej lub osób uprawnionych

do reprezentowania Wykonawcy