#### RZEDMIOT ZAMÓWIENIA

 **I . OKREŚLENIE PRZEDMIOTU PRZETARGU**

###### Zestaw operacyjny neurochirurgiczny do operacji kręgosłupa i głowy – 1 kpl.

**----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | Nazwa urządzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **2** | Typ urządzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **3** | Producent |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| 4 | Rok produkcji nie wcześniej niż 2024. Urządzenie/a fabrycznie nowe. | Rok produkcji: …………………………….Urządzenie/a fabrycznie nowe ( Tak/Nie – wpisać ): ………………… |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **5** | Kraj pochodzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |

**6. Warunki gwarancji i serwisu wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **WARTOŚĆ** **WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA****( podać, opisać )** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny.  | *TAK(wpisać pełne dane kontaktowe adres i techniczne środki łączności, nr tel., faxu, e-mail. )* |   |
| 2 | Długość udzielanej gwarancji nie mniej niż **24 miesiące** (*podać ilość miesięcy*). Przeglądy techniczne przedmiotu zamówienia w zakresie i z częstością zalecaną przez producenta w czasie trwania gwarancji. | *.* TAK ( wpisać ) | Całkowity okres udzielonej gwarancji wynosi: …… m-cy/ce.W tym okresie wykonawca zapewnia przeglądy techniczne przedmiotu zamówienia w zakresie i z częstością zalecaną przez producenta |
|  |  |  |  | *Wpisać* |

**7.Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **Parametry graniczne** | **Parametry oferowane**( podać, opisać ).- Należy szczegółowo opisać każdy oferowany parametr urządzenia/sprzętu.- Dopuszcza się wpisanie słowa - TAK jeżeli oferowany parametr jest zgodny z minimalnym wymogiem granicznym.***( UWAGA:*** ***Jeżeli wykonawca w sposób jednoznaczny nie określi parametru według w/w zasad, Zamawiający będzie wymagał jednoznacznego potwierdzenia/udowodnienia oferowanego parametru )*** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Rozbudowa posiadanego przez Zamawiającego systemu nawigacji StealthStation S8 o opcję do zabiegów kręgosłupowych i głowy.  | TAK |  |
|  | **Zestaw narzędzi i integracja pozwalają na realizację następujących funkcji:** - autorejestracja pacjenta- wyświetlanie narzędzi na obrazie nawigacji - automatyczna identyfikacja kształtu narzędzia po rejestracji w ramce referencyjnej - wyświetlanie w nawigacji obrazu śruby umieszczonej na zaoferowanych śrubokrętach- możliwość ustawienia wielkości śruby  | TAK |  |
|  | Rozbudowa o zestaw integracyjny (do posiadanego przez Zamawiającego aparatu RTG z ramieniem C – typ ZIEHM RFD) do autorejestracji pacjenta w systemie nawigacji – zabiegi kręgosłupa. Uwaga: *Szpital posiada przygotowany aparat RTG do integracji z systemem S8*. Po stronie Wykonawcy:- komunikacja kablowa pomiędzy aparatem RTG Ziehm i nawigacją S8- kalibrator przykręcany do detektora aparatu RTG wraz z kulami odblaskowymi w celu identyfikacji położenia poprzez kamerę nawigacji- kalibracja obu systemów do komunikacji- automatyczne przesyłanie zdjęć z aparatu RTG.  | TAK |  |
|  | Rozbudowa systemu o nastrzykiwanie obrazu HUD na okular mikroskopu. Funkcjonalność pozwala na rzut modelu guza oraz dowolnych modeli 3D zbudowanych w systemie nawigacji na obraz żywy w mikroskopie. | TAK |  |
|  | Rozbudowa posiadanego przez Szpital mikroskopu M530 OHX:- moduł fluorescencji śródoperacyjnej FL400 – fluorescencja z użyciem kontrastu 5-ALA (gliolan) do obrazowania zmian onkologicznych w mózgu widziana w świetle niebieskim- moduł wewnętrzny do podłączenia i integracji z systemami nawigacji śródoperacyjnych;- moduł przyłączeniowy i okablowanie do nawigacji StealhStation S8 ;- moduł nastrzykiwania obrazów w okulary mikroskopu z fluorescencji i nawigacji;- żarnik ksenonowy 400W. | TAK |  |
|  | Instrumentarium pozwalające na przeprowadzenie procedur nawigowanych w obrębie kręgosłupa szyjnego, lędźwiowego oraz otwartych procedur w obrębie całego kręgosłupa. | TAK |  |
|  | Zestaw narzędzi do referencji pacjenta. Pełny zestaw ramek referencyjnych do zabiegów MISi otwartych.Wszystkie narzędzia predefiniowane w oprogramowaniu.Skład zestawu:- 2 rodzaje uchwytów do procedur otwartych- Wskaźnik- Ramka referencyjna- Rozwieracz Dlilator do procedur małoinwazyjnych. | TAK |  |
|  | Zestaw końcówek niezbędnych do wykonywania zabiegów wpisanych w oprogramowanie w nawigacji.Skład zestawu:- 3 gwintowniki – 4.5, 5.5 , 6.5 mm z gęstym skokiem gwintu w nasadzie- Śrubokręt | TAK |  |
|  | -Zestaw predefiniowanych gwintowników do odcinka szyjnego.- gwintowniki od 3- 4.5 mm- śrubokręt- uchwyt z grzechotką | TAK |  |
|  | **Wymagania dodatkowe** |  |  |
|  | Szkolenie personelu użytkownika w zakresie obsługi przedmiotu zamówienia niezbędnego do właściwej eksploatacji zaoferowanego sprzętu (minimum 5 osób). | TAK |  |
|  | Szkolenie personelu technicznego zamawiającego w zakresie podstawowych czynności sprawdzenia stanu technicznego i podstawowej konserwacji technicznej zaoferowanego sprzętu. Szkolenie obejmujące co najmniej 2 osoby. | TAK |  |

**UWAGA:**

Dla uznania oferty za ważną Wykonawca winien zaoferować sprzęt spełniający wszystkie wymagane parametry graniczne.

W tabeli pod pkt. 7 należy opisać, wpisać, podać oferowany parametr lub zgodnie z zaleceniami w tabeli.

Wypełniony i podpisany załącznik nr 1 należy załączyć do oferty.

Oświadczenie Wykonawcy:

Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie po dostarczeniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.

**Wypełniony i podpisany właściwym podpisem elektronicznym załącznik nr 1 do SWZ należy załączyć do oferty.**

 Podpis Wykonawcy: ..........................................