Realizacja projektu pn. „Podniesienie jakości usług zdrowotnych oraz zwiększenie dostępu do usług medycznych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku-zakup sprzętu i wyposażenia.”

**Załącznik Nr 8.2 do SWZ**

*po modyfikacji*

 ***DZP /44/ 2023***

**Formularz parametrów techniczno-użytkowych przedmiotu zamówienia**

Pełna nazwa urządzenia: **Uretrotom**

Typ/Model (podać): ………………………………………………………………………..

Producent (podać): …………………………………………………………………………

Dostawca (podać): …………………………………………………………………………

Rok produkcji min. 2023r. ( podać): ………………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymaganych parametrów technicznych** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane Tak/Nie** **Podać/opisać** |
| **1** | Urządzenie fabrycznie nowe, wyprodukowane nie później niż w 2023 roku | TAK  |  |
| **2** | Optyka cystoskopowa typu Hopkins, kąt patrzenia 0°, śr. 4 mm, dł. 30 cm, autoklawowalna, posiadająca: oznakowanie kodem Data-Matrix z zakodowanym nr katalogowym oraz nr seryjnym optyki; oznakowanie graficzne lub cyfrowe średnicy kompatybilnego światłowodu – 1 szt.  | TAK  |  |
| **3** | Płaszcz uretrotomu optycznego SACHSE, wyposażony w 2 przyłącza LUER-Lock z rozbieralnymi, metalowymi kranikami oraz kanał do wprowadzania bougies. Kanał wyposażony w wielorazową uszczelkę z otworem o śr. 1,2 mm; ROZMIAR: 21Fr – 1 szt.  | TAK  |  |
| **4** | Łącznik optyki, z kanałem instrumentowym 5 Fr. – 1szt.  | TAK |  |
| **5** | Obturator, do zastosowania z płaszczem uretrotomu 21 Fr. – 1szt.  | TAK |  |
| **6** | Element pracujący uretrotomu optycznego, bierny, uchwyty na palce zamknięte - 1 szt.  | TAK |  |
| **7** | Nóż prosty, zimny, do uretrotomu, wielorazowy – 6 szt.  | TAK |  |
| **8** | Nóż zimny, okrągły do uretrotomu, wielorazowy - 6 szt.  | TAK |  |
| **9** | Nóż zimny typu Ludvik do uretrotomu, prosty, ostrze faliste, wielorazowy – 6 szt.  | TAK |  |
| **10** | Tuba ochronna do przechowywania noży – 1 szt.  | TAK  |  |
| **11** | Pojemnik do przechowywania i sterylizacji – 1 szt.  | TAK |  |
|  | **Pozostałe wymagania :** |  |  |
| **12** | Okres gwarancji min. 24 m-ce; obejmuje również akumulatory (jeśli dotyczy). | TAK |  |
| **13** | Czas reakcji od przyjęcia zgłoszenia – podjęta naprawa nie dłużej jak:- 24 h (dni pracujące) dla zgłoszenia w czasie trwania gwarancji;- 48 h (dni pracujące) dla zgłoszenia pogwarancyjnego.  | TAK |  |
| **14** | W okresie gwarancji bezpłatne przeglądy (min. 1 x w roku chyba, że producent urządzeń lub/i ich podzespołów lub/i elementów wymaga częstszych niż 1 x w roku przeglądów - wówczas ilość tych przeglądów winna być zgodna z wytycznymi producenta) łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta (w ilości, zakresie – zgodnie z wymaganiami producenta); dotyczy również akumulatorów. | TAK |  |
| **15** | Dostępność części zamiennych po okresie gwarancji oraz serwisu pogwarancyjnego min. **5 lat** | TAK  |  |
| **16** | Szkolenie z obsługi aparatu/urządzenia w, tym sposobu mycia i dezynfekcji, dla personelu medycznego oraz technicznego wskazanego przez Zamawiającego jest bezpłatne, ilość osób do przeszkolenia określa Zamawiający  | TAK |  |
| **17** | Dostawa, montaż i uruchomienie w wyznaczonym przez Zamawiającego miejscu funkcjonowania urządzenia i w obecności osoby/osób wyznaczonych przez Zamawiającego – bezpłatne  | TAK |  |
| **18** | Wypełniony paszport techniczny | TAK |  |
| **19** | Instrukcje obsługi, w tym sposobu mycia i dezynfekcji, w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej  | TAK |  |
| **20** | Dane teleadresowe i kontaktowe do najbliższych dla siedziby Zamawiającego autoryzowanych punktów serwisowych na terenie Polski | TAK (podać) |  |
| **21** | Przewidywany roczny koszt brutto okresowego przeglądu aparatu/urządzenia wykonywanego zgodnie z zaleceniem producenta po upływie okresu gwarancji jakości udzielonej przez Wykonawcę zgodnie z postanowieniami SIWZ. (szacunkowa kalkulacja sporządzona w dniu składania oferty, uwzględniająca wymianę części zużywalnych lub zamiennych w trakcie przeglądu wraz z opisem) | TAK (podać) |  |
| **22** | Wszystkie oferowane w ramach zestawu produkty tworzą w pełni kompatybilny zestaw | TAK |  |

Uwaga:

Dostawca sprzętu oświadcza, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązuje się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego powyższe parametry oraz zgodnego z wymaganiami aktualnej ustawy o wyrobach medycznych. Wyspecyfikowany powyżej sprzęt jest kompletny i po dostarczeniu i zamontowaniu będzie gotowy do eksploatacji.

 …………………………………….

  *Data; kwalifikowany podpis elektroniczny*