**Załącznik nr 2**

**Pakiet II. Doposażenie shavera ginekologicznego – 1 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………..**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2020**

**Do oferty należy załączyć materiały w języku polskim potwierdzające spełnienie poniższych wymagań – z zaznaczeniem w tabeli nr strony na której jest potwierdzony dany parametr, w załączonych materiałach należy zakreślić właściwy fragment i wpisać którego punktu dotyczy.**

Odpowiedź NIE w kolumnie „parametr wymagany” ” lub „parametr oferowany” spowoduje odrzucenie oferty

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | PARAMETRY TECHNICZNE | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETR OFEROWANY (podać nr strony w materiałach informacyjnych) |
| **A.** | **PARAMETRY OGÓLNE** | |  |
|  | Optyka z osiowym kanałem roboczym do operacji wewnątrzmacicznych, szeroki kąt widzenia, kąt patrzenia 6°,  dł. 20 cm, śr. 19 Fr., autoklawowalna, wyposażona w:  - równoległy okular,  - system soczewek wałeczkowych Hopkinsa,  - kanał roboczy kompatybilny z ostrzami shavera histeroskopowego o śr. 4 mm i dł. 32cm (nr 26208 SA i 26208 SB) firmy Karl Storz posiadanymi przez Zamawiającego,  - wejście kanału roboczego wyposażone w uszczelkę oraz rozbieralny kranik,  - oddzielne przyłącze LUER-Lock do podłączenia płukania,  - przyłącze światłowodowe wyposażone w min. 3 adaptery do światłowodów różnych producentów,  - 1 szt. | TAK, podać |  |
|  | Kompatybilny obturator - 1 szt. | TAK, podać |  |
|  | Uszczelka typu pokrywka- 1 op. (10 szt. | TAK, podać |  |
| **B.** | **INNE** |  |  |
| 1 | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą |  |
| 2 | Czy producent zaleca wykonywanie przeglądów technicznych?  Jeżeli TAK podać częstotliwość wykonania przeglądów technicznych zalecanych przez producenta | TAK/NIE[[1]](#footnote-1)  Podać jeśli zalecane |  |
| 3 | Czy w oferowanym sprzęcie przetwarzane są **dane osobowe pracowników lub pacjentów (*np. imię, nazwisko, adres zamieszkania, nr PESEL itd*.)** | TAK/ NIE[[2]](#footnote-2)  Jeżeli tak, podać jakie |  |

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

………...............................................................................

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo

1. Odpowiedź NIE - nie powoduje odrzucenia oferty [↑](#footnote-ref-1)
2. Odpowiedź „NIE” nie powoduje odrzucenia oferty [↑](#footnote-ref-2)