***Załącznik nr 2.1 do SIWZ - Opis przedmiotu zamówienia***

Dermatom – 1 szt.

| ***L.p.*** | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** / |
| --- | --- | --- | --- |
| Dermatom – 1 szt. | | | |
| 1. ***WYMAGANIA OGÓLNE*** | | | |
|  | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia / | Podać |  |
|  | Dermatom fabrycznie nowy nie starszy niż z 2020 roku | TAK podać |  |
|  | **Dermatom zasilany akumulatorowo** | | |
|  | Dermatom zasilany akumulatorowo z głowicą typu Wagner | TAK podać |  |
|  | Tytanowa, prosta obudowa dostosowana do mycia w środkach alkalicznych | TAK |  |
|  | Silnik bezszczotkowy komutowany elektronicznie o mocy 250W | TAK podać |  |
|  | Oscylacje ostrza regulowane w zakresie od 0 do 6500 osc./min. przy pomocy przycisku na rękojeści | TAK podać |  |
|  | Szerokość cięcia regulowana od 8 mm do 78mm | TAK podać |  |
|  | Grubość cięcia regulowana 0,2 mm do 1,2 mm co 0,1 mm | TAK podać |  |
|  | Ostrza mocowane beznarzędziowo | TAK |  |
|  | Zestaw do sterylnego wkładania akumulatora - lejek, w zestawie | TAK podać |  |
|  | Akumulatory niesterylizowalne umieszczane systemem lejkowym w sterylnej komorze akumulatora w rękojeści, bez oddzielnego pojemnika na akumulator | TAK |  |
|  | Możliwość zasilania z sieci elektrycznej | TAK |  |
|  | Blokada przed niezamierzonym uruchomieniem | TAK |  |
|  | Skok ostrza 3,1 mm | TAK |  |
|  | Na obudowie etykieta serwisowa z datą następnego przeglądu | TAK |  |
|  | **Bateria** | | |
|  | Dodatkowy akumulator | TAK |  |
|  | Akumulator litowo-jonowy ze zintegrowaną elektroniką sterującą | TAK |  |
|  | Napięcie 9,9V | TAK |  |
|  | Energia 11,88Wh | TAK |  |
|  | możliwość serwisowej wymiany samych ogniw akumulatora | TAK |  |
|  | Pokrywa komory akumulatora | TAK |  |
|  | **Siatkownica** | | |
|  | Siatkownica do powiększania powierzchni przeszczepów skóry | TAK |  |
|  | Współpraca z trzema różnymi matrycami | TAK |  |
|  | Walec tnący w zestawie | TAK |  |
|  | Możliwość samodzielnej wymiany walca tnącego | TAK |  |
|  | Korba z grzechotką w zestawie | TAK |  |
|  | Regulacja siły docisku walca do matrycy | TAK |  |
|  | Śruba mikrometryczna | TAK |  |
|  | Wymiary 150x195x105 mm ± 10 mm | TAK |  |
|  | waga 4600 g ± 100 g | TAK |  |
|  | **Kosz stalowy do dermatomu** | | |
|  | Kosz stalowy, perforowany | TAK |  |
|  | Wymiary zewnętrzne 406/256/106 mm | TAK |  |
|  | Uchwyt napędu/piły 1 szt. | TAK |  |
|  | Uchwyt pokrywy komory akumulatora 1 szt. | TAK |  |
|  | Uchwyt lejka do sterylnego zakładania akumulatora 1 szt. | TAK |  |
|  | **Kosz stalowy do siatkownicy** | | |
|  | Kosz stalowy, perforowany | TAK |  |
|  | Wymiary zewnętrzne 406/256/106 mm | TAK |  |
|  | Uchwyt siatkownicy, korby z grzechotką, walca tnącego | TAK |  |
|  | **Wanna kontenera** | | |
|  | Wanna kontenera 3/4 | TAK |  |
|  | Wymiary zewnętrzne 470/274/135 mm | TAK |  |
|  | Rączki blokowane pod kątem 90° | TAK |  |
|  | **Pokrywa kontenera** | | |
|  | Pokrywa kontenera 3/4 | TAK |  |
|  | Kolor niebieski | TAK |  |
|  | Filtr mikroporowy, teflonowy na 5000 cykli sterylizacji 2 szt. | TAK |  |
|  | Tabliczka identyfikacyjna, kolor czerowny/niebieski, opis do 13 miejsc | TAK |  |
|  | **Ładowarka** | | |
|  | Ładowarka elektroniczna, uniwersalna | TAK |  |
|  | Cztery gniazda | TAK |  |
|  | Wskaźnik ładowania przy każdym gnieździe | TAK |  |
|  | System diagnozowania stanu zużycia akumulatorów | TAK |  |
|  | Wskaźnik informujący o konieczności wykonania czynności serwisowych | TAK |  |
|  | Proces ładowania pulsacyjnego zapewniający, optymalny bez histerezy pojemnościowej, maksymalny stan naładowania akumulatorów | TAK |  |
|  | Możliwość ładowania co najmniej 3 różnych baterii, do 6 różnych urządzeń | TAK |  |
|  | Przewód sieciowy 5 m z wtyczką typu euro | TAK |  |
|  | Olej do smarowania systemu w aerozolu objętość 300 ml | TAK |  |
|  | Sprzęt kompletny i gotowy do użytkowania bez  żadnych dodatkowych zakupów | TAK |  |
|  | Bezpłatne szkolenie personelu w zakresie eksploatacji  i obsługi dermatomu | TAK |  |
|  | Autoryzowany Serwis Producenta na terenie Polski  (nazwa i adres) | TAK |  |
|  | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowane urządzenie medyczne jest dopuszczone do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r. (Dz. U. 2020 r., poz. 186 t.j.) | TAK |  |
|  | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | Czas reakcji/interwencji na zgłoszenie usterki do 48 godzin | TAK |  |
|  | Czas skutecznej naprawy bez użycia części zamiennych licząc od momentu zgłoszenia awarii – maksymalnie 4 dni robocze | TAK |  |
|  | Czas skutecznej naprawy z użyciem części zamiennych licząc od momentu zgłoszenia awarii – maksymalnie 10 dni roboczych rozumianych jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat  przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami  producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego  sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają  Wykonawcę | TAK |  |
|  | Wsparcie serwisowe oraz dostępność części zamiennych co najmniej  przez 5 lat po zakupie urządzenia | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta nie spełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

• zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

• zobowiązujemy się do przeszkolenia personelu w obsłudze urządzenia

• przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy

• ostatni przegląd w ostatnim tygodniu gwarancji

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

……………………………………………………

Data i podpis Wykonawcy

***Załącznik nr 2.2 do SIWZ - Opis przedmiotu zamówienia***

Ssak próżniowy – 2 szt.

| ***L.p.*** | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** / |
| --- | --- | --- | --- |
| Ssak próżniowy – 2 szt. | | | |
| 1. ***WYMAGANIA OGÓLNE*** | | | |
| **1.** | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia / | Podać |  |
| **2.** | Ssak próżniowy elektryczny fabrycznie nowy nie starszy niż z 2020 roku | TAK podać |  |
| **3.** | Ssak do zastosowań szpitalnych przy odsysaniu płynów, gazów, tkanki i kości | TAK |  |
| **4.** | Wyposażony w manometr i regulator podciśnienia (bar i kPa) oraz w dwa porty ssące | TAK podać |  |
| **5.** | Podciśnienie maksymalne: - 90kPa | TAK podać |  |
| **6.** | Przepływ maksymalny: 60 l/min | TAK podać |  |
| **7.** | Waga: 12 – 15 kg | TAK podać |  |
| **8.** | Wymiary: 46 x 85x 42 cm ±3 cm | TAK podać |  |
| **9.** | Poziom hałasu: max 51,7 dBA | TAK podać |  |
| **10.** | Cykl pracy: praca ciągła | TAK |  |
| **11.** | Ssak na 4 kółkach ( co najmniej 2 kółka z blokadą) | TAK podać |  |
| **12.** | Sprzęt kompletny i gotowy do użytkowania bez  żadnych dodatkowych zakupów | TAK |  |
| **13.** | Bezpłatne szkolenie personelu w zakresie eksploatacji  i obsługi ssaka | TAK |  |
| **14.** | Autoryzowany Serwis Producenta na terenie Polski  (nazwa i adres) | TAK |  |
| **15.** | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowane urządzenie medyczne jest dopuszczone do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r. (Dz. U. 2020 r., poz. 186 t.j.) | TAK |  |
| **16.** | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
| **17.** | Czas reakcji/interwencji na zgłoszenie usterki do 48 godzin | TAK |  |
| **18.** | Czas skutecznej naprawy bez użycia części zamiennych licząc od momentu zgłoszenia awarii – maksymalnie 4 dni robocze | TAK |  |
| **19.** | Czas skutecznej naprawy z użyciem części zamiennych licząc od momentu zgłoszenia awarii – maksymalnie 10 dni roboczych rozumianych jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy | TAK |  |
| **20.** | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat  przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami  producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |
| **21.** | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego  sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają  Wykonawcę | TAK |  |
| **22.** | Wsparcie serwisowe oraz dostępność części zamiennych co najmniej  przez 5 lat po zakupie urządzenia | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta nie spełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

• zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

• zobowiązujemy się do przeszkolenia personelu w obsłudze urządzenia

• przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy

• ostatni przegląd w ostatnim tygodniu gwarancji

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

……………………………………………………

Data i podpis Wykonawcy