# Załącznik nr 2 do oferty (ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH)

**Sprawa ZP/1/2021.TP**

**PAKIET NR 1 : Diatermia elektrochirurgiczna (1 sztuka)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis | Wymagana cecha lub wartość parametru | Potwierdzenie wartości / cechy parametru poprzez podanie oferowanej wartości/cechy parametru | Punktacja |
|  | **Diatermia elektrochirurgiczna szt. 1.** |
|  | **nazwa produktu/urządzenia .......................................................****model .......................................................****Producent/wytwórca: .......................................................****Kraj pochodzenia: .......................................................****Nr katalogowy** ...................................................... |
|  | Praca w wersji monopolarnej i bipolarnej  | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Zabezpieczenie przeciwporażeniowe Klasa I CF | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Pobór mocy do max. 350W | **Tak, podać** |  | Brak punktacji |
|  | Zabezpieczenie przed przeciążeniem aparatu. | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Częstotliwość pracy generatora 357kHz +/- 5%. | **Tak, podać** |  | Brak punktacji |
|  | Aparat z zabezpieczeniem przed impulsem defibrylacji zgodnie z normą EN 60601-1 lub równoważną. | **Tak, podać** |  | Brak punktacji |
|  | Aparat wyposażony w panel sterowania z przyciskami wyboru trybów i mocy. Brak elementów wypukłych, pokręteł itp. | **Tak/Nie** |  | Nie – 0 pktTak – 5 pkt |
|  | Autotest urządzenia oraz podłączonego osprzętu po włączeniu zasilania. | **Tak/Nie** |  | Nie – 0 pktTak – 5 pkt |
|  | Odrębne cyfrowe wyświetlacze nastawionej mocy dla każdego z dostępnych rodzajów pracy (cięcie i koagulacja monopolarna, koagulacja bipolarna). | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | System kontroli elektrody neutralnej. Wyświetlacz poprawnego podłączenia elektrody neutralnej za pomocą 8 stopniowego wskaźnika diodowego. | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Sygnalizacja złej aplikacji elektrody jednorazowej dwudzielnej, informacja dźwiękowa i wizualna. | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Aparat wyposażony w główny włącznik zasilania umieszczony z tyłu aparatu, oraz przycisk „czuwania” na panelu frontowym.  | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Regulacja mocy we wszystkich dostępnych trybach pracy aparatu: w zakresie 1-30W z krokiem co 1W oraz z krokiem co 5W powyżej 30W. | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Urządzenie wyposażone w wyjścia: * jedno mono polarne w systemie

3-pin (europejskie),* jedno bipolarne (2-bolcowe) –umożliwiające podłączenie standardowych narzędzi bipolarnych,
* gniazdo elektrody neutralnej, płaskie.
 | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Odrębna regulacja nastawień dla wszystkich dostępnych trybów pracy | **Tak/Nie** |  | Nie – 0 pktTak – 5 pkt |
|  | Wizualna i akustyczna sygnalizacja pracy.  | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Aktywacja funkcji mono polarnych włącznikiem nożnym lub przyciskami w uchwycie elektrody czynnej. | **Tak/Nie** |  | Nie – 0 pktTak – 5 pkt |
|  | Aktywacja koagulacji bipolarnej z włącznika nożnego lub automatycznie. Możliwość regulacji czasu opóźnienia automatycznego startu w zakresie 0.1-3 sek. | **Tak/Nie** |  | Regulacja czasu opóźnieniaNie – 0 pktTak – 5 pkt |
|  | Funkcja automatycznego ograniczenia czasu trwania koagulacji bipolarnej. Możliwość regulacji czasu trwania koagulacji w zakresie 0,1 – 3 sek. | **Tak/Nie** |  | Regulacja czasu trwania koagulacjiNie – 0 pktTak – 5 pkt |
|  | Możliwość regulacji głośności sygnałów aktywacji – 5 poziomów. | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Wizualna i akustyczna sygnalizacja nieprawidłowego działania urządzenia. Informacja o niesprawności w formie kodu. | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Aparat wyposażony w dwa gniazda do podłączenia włącznika nożnego umieszczone z tyłu aparatu. Jedno obsługujące włącznik nożny uniwersalny (mono / bipolarny) oraz drugi przeznaczony do sterowania pracą bipolarną.  | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Urządzenie umożliwia pracę z bezprzewodowym (radiowym) włącznikiem nożnym. | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | **Tryb pracy** |
|  | Cięcie monopolarne :- czyste – z mocą 250W- z hemostazą – z mocą 250W | **Tak, podać** |  | Brak punktacji |
|  | Koagulacja monopolarna.- miękka – moc 150W- forsowna – moc 150W | **Tak, podać** |  | Brak punktacji |
|  | Koagulacja bipolarna z mocą 100W.  | **Tak, podać** |  | Brak punktacji |
|  | System automatycznego dopasowania mocy cięcia i koagulacji do zmiennych parametrów impedancji tkanki. | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | **Wyposażenie** |
|  | Kabel elektrod jednorazowych wtyk płaski dł. 3m – 1 szt. | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Elektrody neutralne jednorazowego użytku, dwudzielne, hydrożelowe z systemem rozprowadzającym prąd równomiernie na całej powierzchni elektrody, nie wymagające aplikacji w określonym kierunku w stosunku do pola operacyjnego, kompatybilne z system monitorowania aplikacji elektrody neutralnej - 50szt. | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Uchwyt elektrody 4mm, wąski, 2 przyciski, kabel 3m, wtyk 3-pin – 3 szt. | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Elektroda szpatuła owalna, prosta, 2 x 24mm, uchwyt 4mm –3szt. | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Elektroda kulka prosta, 4mm, uchwyt 4mm – 3 szt. | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Elektroda pętla druciana, 10mm, uchwyt 4mm – 3szt. | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Uchwyt jednorazowy z elektrodą, nóż, 2 przyciski, kabel dł. 3m, wtyk 3-pin, sterylny, op. 10szt. – 3 op. | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Kabel do instrumentów bipolarnych, wielorazowy, długość 3 m, złącze proste, wtyk 2-pin 29 mm – 1 szt. | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Szczypce bipolarne, kątowe, 1mm, dł. 160 mm -1 szt. | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | **Wymagania dodatkowe** |
|  | Dokumentacja w języku polskim – obejmująca instrukcję użytkownika, zasady przeprowadzania dezynfekcji i mycia. | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Montaż, uruchomienie i instruktaż obsługi urządzenia ( w terminie uzgodnionym prze obie strony ) w cenie urządzenia. W razie potrzeby min. 1 instrukaż przypominający ( w terminie uzgodnionym prze obie strony użytkownika i Wykonawcę)   | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące  | **Tak** |  | 24 m-ce – 0 pkt36 m-cy – 5pkt48 m-cy – 10pkt |
|  | Okres rękojmi równy okresowi gwarancji. | **Tak** |  | Brak punktacji |
|  | Czas reakcji Wykonawcy na zgłoszenie awarii - na 48 godziny w dni robocze.Jeżeli zgłoszenie usterki będzie miało miejsce w piątek, czas reakcji może być wydłużony do 72 godzin, po uzgodnieniu ze zgłaszającym.  | **Tak** |  | Brak punktacji |
| 6. | W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 3 dni – urządzenie zastępcze o zbliżonych parametrach i funkcjonalności na żądanie Zamawiającego | **Tak** |  | Brak punktacji |
| 7. | Dostępność części zamiennych – nie mniejsza niż 8 lat | **Tak** |  | Brak punktacji |
| 8. | Wykaz dostawców części zamiennych i materiałów eksploatacyjnych – Dokument o którym mowa w Ustawie o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r., art. 90, ust. 3 zgodności (dokumenty załączyć).  | **Tak** |  | Brak punktacji |
| 9. | Wykaz serwisów lub serwisantów, którzy mogą serwisować zaoferowany sprzęt medyczny podać dane teleadresowe, sposób kontaktu (dotyczy serwisu własnego lub podwykonawcy, pracownika czy firmy serwisowej posiadającej uprawnienia do tego typu czynności) – Dokument o którym mowa w Ustawie o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r., art. 90, ust. ust. 4, (dokumenty załączyć) | **TAK, podać adres** |  | Brak punktacji |
| 10. | Na wymienione podzespoły gwarancja min. 12 miesięcy.  | **Tak** |  | Brak punktacji |
| 11. | Klasa wyrobu medycznego | **TAK** **podać klasę wyrobu med.** |  | Brak punktacji |
| 12. | Certyfikat CE wraz z deklaracją zgodności oraz wpis/zgłoszenie do rejestru wyrobów medycznych (dokumenty załączyć ).  | **TAK**  |  | Brak punktacji |

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

*………………………………………………………………………………………*

*Dokument składany w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisany poprzez e-dowód- przez osobę upoważnioną do reprezentacji Wykonawcy*