 **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**

 **SZPITAL SPECJALISTYCZNY NR 1 w Bytomiu**

**ul. Żeromskiego 7, 41-902 Bytom**

**Tel.: (32) 39 63 200 Fax.: (32) 39 63 251**

 NIP: 626-034-01-73 REGON: 270235840 KRS 0000079907

**Konto: ING o/Bytom 58 1050 1230 1000 0023 5039 0619**

**e-mail: info@szpital1.bytom.pl** [**www.szpital1.bytom.pl**](http://www.szpital1.bytom.pl)

 **ePUAP: /SZPITAL1BYTOM/skrytkaESP**

Załącznik nr 1 do SWZ

ZP/11/2021

**„Modernizacja bazy diagnostyczno- zabiegowej Szpitala Specjalistycznego Nr 1 w Bytomiu”.** ZP/11/2021

 **Pakiet nr 1 :**

Kolumna Laparoskopowa:

Cena jednostkowa za 1 szt.- ……… zł netto +…% VAT= ……. zł brutto

Nazwa aparatu: ……………………………………

Nazwa producenta: ……………………………………

Rok produkcji: ……………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………….……

\* Parametr wymagany „TAK” – w przypadku potwierdzenia parametrów wymaganych Wykonawca wpisuje „TAK”

\*\* Parametr wymagany „TAK PODAĆ” – w przypadku wskazania parametru wymaganego Wykonawca wpisuje pełny opis parametrów wymaganych przez Zamawiającego z wskazaniem **konkretnych wartości**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymaganych parametrów** | **Wartość wymagana** | **Parametry oferowane** |
| **I** | **PARAMETRY OGÓLNE** |  |
| 1.  | Aparat fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy, rok produkcji 2020 lub nowszy | TAK, Podać |  |
| 2. | Deklaracja zgodności i certyfikat CE w klasie min. I zgodne z aktualnie obowiązującym prawem ( w tym dyrektywy UE). | TAK |  |
| **II** | **STEROWNIK KAMERY** |  |
| 1. | Sterownik kamery obsługujący rozdzielczość Full HD ( obsługiwane rozdzielczości min.1920 x 1080p, WUXGA, SXGA ) | TAKPodać |  |
| 2. | Sterownik kamery z wbudowanym panelem dotykowym do sterowania urządzeniem | TAK |  |
| 3. | Konstrukcja sterownika umożliwiająca podłączenie sztywnego wideoendoskopu do laparoskopii | TAK |  |
| 4. | Zakres pracy sterownika kamery umożliwiający obrazowanie efektu fluorescencji zieleni indocyjaninowej (ICG) w zakresie bliskiej podczerwieni (NIR) z wykorzystaniem oferowanej głowicy kamery Full HD | TAK |  |
| 5. | Sterownik kamery wyposażony minimum w 1 wyjście cyfrowe HD-SDI ( 1920 x 1080p, 50/60 Hz ) | TAK, Podać |  |
| 6. | Sterownik kamery wyposażony minimum w 1 wyjście cyfrowe wideo DVI ( 1920 x 1080p, 50/60 Hz ) | TAK, Podać |  |
| 7. | Sterownik kamery wyposażony minimum w jedno 1 wyjście analogowe COMP | TAK, Podać |  |
| 8. | Sterownik kamery wyposażony minimum w jedno 1 wyjście analogowe sygnału wideo Y/C | TAK, Podać |  |
| 9. | Sterownik kamery posiadający min. jedno gniazdo USB na panelu przednim sterownika kamery do podłączenia pamięci zewnętrznej typu Flash  | TAK, Podać |  |
| 10. | Sterownik kamery wyposażony w wyjścia umożliwiające podłączenie urządzeń peryferyjnych takich jak zewnętrzna klawiatura, dedykowana drukarka, włącznik nożny  | TAK |  |
| 11. | Funkcje zapisu zdjęć w pamięci PenDrive USB uruchamianie zapisu poprzez menu sterownika kamery | TAK |  |
| 12. | Zapis zdjęć w formacie: TIFF lub JPEG | TAK, Podać |  |
| 13. | Funkcja regulacji jasności, dostępne min. 8 poziomów regulacji jasności | TAK, Podać |  |
| 14. | Sterownik kamery wyposażony w zintegrowane gniazdo do komunikacji ze źródłem światła w celu realizacji zmiany ustawień i trybów pracy bezpośrednio poprzez menu sterownika kamery | TAK |  |
| 15. | Funkcja automatycznej regulacji intensywności światła w źródle światła LED ustawiana w menu sterownika kamery | TAK |  |
| 16. | Funkcja programowania przycisków głowicy kamery | TAK |  |
| 17. | Możliwość zaprogramowania dwóch przycisków głowicy kamery w celu nagrania zdjęć i sekwencji wideo na zewnętrznym systemie archiwizującym | TAK |  |
| 18. | Funkcja obrotu obrazu o 180° | TAK |  |
| 19. | Funkcja zoom'u cyfrowego, dostępne min. 3 poziomy regulacji zoom'u, zmiana zoom poprzez menu sterownika kamery | TAK |  |
| 20. | Sterownik kamery wyposażony w filtr optyczny do obrazowania z wykorzystaniem technologii blokującej pasmo czerwone w widmie światła białego celem diagnostyki unaczynienia w warstwie podśluzówkowej kompatybilny z funkcją obrazowania w podczerwieni IR | TAK |  |
| 21. | Funkcja wyświetlania wybranego trybu koloru, trybu obserwacji oraz trybu wzmocnienia obrazu na ekranie monitora operacyjnego | TAK |  |
| 22. | Funkcja tworzenia i zapisu w pamięci wewnętrznej sterownika kamery profili użytkowników z indywidualnymi ustawieniami sterownika obejmującymi: a) indywidualną konfigurację menu sterownika kamery, b) indywidualne przypisanie funkcji dostępnych bezpośrednio pod przyciskami głowicy kamery. Zapis min. 20 indywidualnych profili użytkowników. | TAK |  |
| 23. | Funkcja importu / eksportu profili użytkowników z / do pamięci PenDrive USB | TAK |  |
| 24. | Stopień ochrony min. I Klasa | TAK |  |
| **III** | **MONITOR OPERACYJNY** |  |
| 1.  | Przekątna ekranu min. 32" | TAK, Podać |  |
| 2. | funkcja Picture in Picture; możliwość rotacji obrazu o 180°; | TAK |  |
| 3. | Rozdzielczość monitora min. 3840 x 2160 pikseli | TAK, Podać |  |
| 4. | Zasilacz wbudowany w obudowę, możliwość podłączenia bezpośrednio do sieci elektrycznej. | TAK |  |
| 5. | Mocowanie typu VESA | TAK |  |
| **IV** | **GŁOWICA KAMERY FULL HD** |  |
| 1. | Głowica kamery kompatybilna z oferowanym sterownikiem kamery - 1 szt. | TAK |  |
| 2. | Praca głowicy kamery w standardzie rozdzielczości min. Full HD, 16:9, 50/60 Hz | TAKPodać |  |
| 4. | Głowica kamery wyposażona min. w 2 programowalne przyciski sterujące funkcjami sterownika kamery  | TAK, Podać |  |
| 5. | Zakres pracy głowicy kamery umożliwiający obrazowanie efektu fluorescencji zieleni indocyjaninowej (ICG) w zakresie bliskiej podczerwieni (NIR) | TAK |  |
| 6. | Waga głowicy kamery poniżej 300 g | TAK, Podać |  |
| 7. | Budowa kamery umożliwiająca sterylizację w autoklawie | TAK |  |
| 8. | Stopień ochrony min. BF | TAK, Podać |  |
| **V** | **OPTYKA LAPAROSKOPOWA** |  |
| 1. | Optyka laparoskopowa kompatybilna z oferowaną głowicą kamery - 1 szt. | TAK |  |
| 2. | Średnica 10 mm, kąt patrzenia 30°,min. Full HD, długość 310-320 mm, autoklawowalna; odkręcany adapter okularowy do przyłącza głowicy kamery | TAKPodać |  |
| 3. | W zestawie kontener do sterylizacji - 1 szt. | TAK |  |
| 4. | Światłowód dla endoskopów/optyk o średnicy większych niż 4,1 mm, średnica wiązki 4,25 mm-4,8 mm, średnica zewnętrzna 8,4 mm, długość 2,5 m - 3 m, typ CF - 1 szt, kompatybilny z oferowaną głowicą kamery | TAK, Podać |  |
| 5. | Adaptery umożliwiające wykorzystanie światłowodów i optyk firm Wolf i Stryker, będących na wyposażeniu Zamawiającego | TAK |  |
| **VI** | **INSUFLATOR CO2** |  |
| 1. | System automatycznego oddymiania uruchamiany przy aktywacji kompatybilnej diatermi | TAK, Podać |  |
| 2. | Maksymalny przepływ gazu min. 45 l/min | TAK, Podać |  |
| 3. | Maksymalne ciśnienie insuflacji min. 25 mmHg | TAK, Podać |  |
| 4. | Dostępne trzy tryby przepływu: niski, średni, wysoki w min. dwóch trybach insuflacji: a) normalny 3-25 mmHg b) mały przestrzeni 3-15 mmHg  | TAK, Podać |  |
| 5. | Wyświetlacz słupkowy oraz numeryczny wartości ustawionej oraz aktualnej ciśnienia insuflacji CO2 | TAK |  |
| 6. | Wyświetlacz słupkowy oraz numeryczny wartości ustawionej oraz aktualnej przepływu CO2 | TAK |  |
| 7. | Wyświetlacz numeryczny ilości podanego CO2 do pacjenta | TAK |  |
| 8. | Graficzny wskaźnik ciśnienia CO2 w butli | TAK |  |
| 9. | Stopień ochrony min. Klasa I | TAK, Podać |  |
| 10. | Przewód wysokociśnieniowy DIN do podłączenienia do źródła CO2 - 1 szt. | TAK |  |
| 11. | W zestawie: dren do insuflacji z luer lock oraz drenem do filtra CO2 | TAK |  |
| 12. | Zestaw drenów do insuflacji, wielorazowy, kompatybilny do oferowanego insuflatora. W zestawie dren insuflacyjny, łącznik luer, krótki dren do filtra CO2 - 3 szt. | TAK |  |
| 13. | Filtr do insuflacji, kompatybilny do oferowanego insuflatora, sterylny, duży, 10 szt./op. - 3 szt. | TAK |  |
| **VII** | **POMPA SSĄCO-PŁUCZĄCA DO LAPAROSKOPII** |  |
| 1. | Pompa do przepłukiwania oraz odsysania przeznaczona do operacji laparoskopowych, waga. max. 3,7 kg | TAK, Podać |  |
| 2. | Odsysanie realizowane na zasadzie pompy podciśnieniowej | TAK |  |
| 3. | Płukanie realizowane w oparciu o moduł pompy rolkowej | TAK |  |
| 4. | Maksymalne ujemne ciśnienie ssania: -60 kPa | TAK, Podać |  |
| 5. | System zabezpieczający : automatyczne wyłączenie silnika pompy po przekroczenie limitu podciśnienia -60kPa | TAK, Podać |  |
| 6. | Maksymalne ciśnienie pompy: 450 mmHg | TAK, Podać |  |
| 7. | Maksymalna wydajność płukania: 2,0l/min | TAK, Podać |  |
| 8. | Fabrycznie wbudowany uchwyt umożliwiający zawieszenie pompy na wysięgniku | TAK |  |
| 9. | Zestaw drenów do próżni, z filtrem, do stosowania przez 30 dni, kompatybilny z oferowaną pompą laparoskopową - 3 szt. | TAK |  |
| 10. | Zestaw drenów do płukania wielorazowy kompatybilny z oferowaną pompą laparoskopową - 3 szt. | TAK |  |
| 11. | Zestaw drenów do odsysania jednorazowy kompatybilny z oferowaną pompą laparoskopową - 3 szt. | TAK |  |
| **VIII** | **WÓZEK APARATUROWY** |  |
| 1. | Podstawa wyposażona w 4 koła, z blokadą na min. 2 kołach | TAK, Podać |  |
| 2. | Wyposażony w 3 półki, min. 2 regulowane, min. 12 gniazd do podłączenia urządzeń oraz transformator 220-240 V | TAK, Podać |  |
| 3. | Ramę na monitor o wadze 6,5 -12 kg | TAK, Podać |  |
| 4. | Uchwyt na butlę CO2 | TAK |  |
| 5. | Wieszak min. 4-miejscowy na płyny | TAK, Podać |  |
| 6. | Uchwyt na głowicę kamery. | TAK |  |
| 7. | Uchwyt na min. 2 pojemniki ssaka | TAK, Podać |  |
| **IX** | **ARCHIWIZATOR MEDYCZNY VIDEO I ZDJĘĆ FULL HD** |  |
| 1. | Archiwizator kompatybilny z oferowanym zestawem laparoskopowym | TAK |  |
| 2. | Archiwizacja na pamięci zewnętrznej USB HDD. | TAK |  |
| 3. | Wejście/wyjście HDMI wraz z przewodem HDMI oraz adapter HDMI/DVI | TAK |  |
| 4. | Pamięć USB HDD (dysk twardy) min.2 TB | TAK, Podać |  |
| 5. | Możliwość archiwizacji formatów 1920x1200p60, 1080p 60/50/30/25, 1080i 60/50 1280x1024p50/60, 720p60/50 | TAK |  |
| 6. | Min. 2 gniazda USB 3.0 | TAK, Podać |  |
| 7. | Pilot do zdalnego sterowania w komplecie | TAK |  |
| **X** | **NARZĘDZIA LAPAROSKOPOWE** |  |
| 1. |  Klipsownica wielokrotnego użytku (dla klipsów tytanowych i wykonanych ze stali nierdzewnej), Długość ramienia 33 cm, Średnica 10 mm, kompatybilna z klipsami średnimi LT300 firmy Ethicon - 2 szt. | TAK |  |
| 2. | Klipsownica wielokrotnego użytku (dla klipsów tytanowych i wykonanych ze stali nierdzewnej), Długość ramienia 33 cm, Średnica 10 mm, kompatybilna z klipsami średnimi LT400 firmy Ethicon - 1 szt. | TAK |  |
| **XI** | **INNE WYMAGANIA** |  |
| 1. | Szkolenie personelu w zakresie oferowanego sprzętu w kilku dogodnych dla Zamawiającego terminach | TAK |  |
| 2. | Instrukcja obsługi w języku polskim dostarczana z aparatem w wersji papierowej - 1 szt. | TAK |  |
| 3. | Instrukcja obsługi w języku polskim oraz angielskim dostarczana z aparatem w wersji elektronicznej | TAK |  |
| 4. | W cenie oferty znajduje się komplet akcesoriów, okablowania itp. asortymentu niezbędnego do uruchomienia i funkcjonowania aparatu jako całości w wymaganej specyfikacją konfiguracji | TAK |  |
| 5. | Aktualizacja do najnowszych dostępnych wersji oprogramowania zainstalowanego w dostarczonych urządzeniach w okresie trwania gwarancji | TAK |  |
| 6. | Pełna gwarancja na wszystkie elementy systemu: min. 24 miesiące | TAK, Podać |  |
| 7. | Czas reakcji serwisu od powiadomienia do rozpoczęcia naprawy max 48 godzin w dni robocze rozumiane jako dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | TAK |  |
| 8. | Czas skutecznej naprawy bez użycia części zamiennych licząc od momentu zgłoszenia awarii - max 5 dni robocze rozumiane jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy | TAK |  |
| 9. | Czas skutecznej naprawy z użyciem części zamiennych licząc od momentu zgłoszenia awarii - max 5 dni roboczych rozumiane jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy a przypadku dłuższej naprawy sprzęt zastępczy w czasie gwarancji | TAK |  |
| 10. | Okres dostępności części zamiennych od daty sprzedaży przez min. 8 lat | TAK, Podać |  |
| 11. | Zakup wraz z montażem | TAK |  |

…………….…….(miejscowość), dnia………………….r. …………………………………………

**podpis elektroniczny kwalifikowany**

**lub podpis zaufany lub osobisty**

**osoby/-ób uprawnionej/-ych**

**do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika**