**ZMIANA**

**Załącznik nr 2 – Kosztorys ofertowy oraz szczegółowy opis przedmiotu zamówienia**

**Cystoskopy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Asortyment** | **Ilość** | **cena jedn. netto\*** | **vat\*** | **Cena jedn. brutto\*** | **Wartość brutto\*** | **Producent****NUMER KATALOGOWY\*** |
| 1 | Cystoskop giętki  | 10 szt. |  |  |  |  |  |
| **Razem** |  |  |

\*wypełnia wykonawca

…………………………………………………….

podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy

**ZMIANA**

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Parametry graniczne**  | **Warunek bezwzględnie konieczny** | **Oferowane urządzenie spełnia** **TAK/NIE opisać \*** |
|  | **Cystoskop giętki – 10 szt.** |  |  |
|  | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia /  | Podać |  |
|  | Wyrób fabrycznie nowy, wyprodukowany nie wcześniej niż w 2021 roku. | TAK |  |
|  | Wyrób medyczny oznaczony znakiem CE. Załączyć do oferty przedmiotu zamówienia deklarację zgodności CE (WE) oraz potwierdzenie zgłoszenia (wpisu) do rejestru wyrobów medycznych | TAK |  |
|  | Pole widzenia 120°  | TAK |  |
|  | Kierunek widzenia 0°  | TAK |  |
|  | Odległość widzenia 3-50 mm  | TAK |  |
|  | Rozmiar zewnętrzny maksymalnie 16,5 Fr (średnica 5,5 mm)  | TAK |  |
|  | Rozmiar zewnętrzny końcówki maksymalnie 11,7 Fr (szerokość 4,6 mm)  | TAK |  |
|  | Rozmiar kanału roboczego min. 6,6 Fr (średnica 2,2 mm)  | TAK |  |
|  | Długość robocza : minimalnie 380 mm  | TAK |  |
|  | Długość całkowita : maksymalnie 700 mm  | TAK |  |
|  | Wygięcie w górę min. 210° | TAK |  |
|  | Wygięcie w dół min. 120°  | TAK |  |
|  | Możliwość pracy w obrębie pęcherza moczowego, dróg moczowych i nerek | TAK |  |
|  | Kompatybilne z używanym przez Zamawiającego torem wizyjnym firmy Olympus | TAK |  |
|  | 9 sztuk cystoskopów ma posiadać kompatybilność z przenośnym akumulatorowym źródłem światła LED o wadze maksymalnej do 130 gram (waga bez akumulatorów), z wbudowanym wskaźnikiem ich rozładowania, umożliwiającym przeprowadzenie badania z użyciem cystoskopu giętkiego bezpośrednio przy łóżku pacjenta bez używania toru wizyjnego – źródło światła w zestawie, 1 sztuka ma być kompatybilna z obrazowaniem optyczno-cyfrowym w wąskim paśmie światła w używanym torem wizyjnym firmy Olympus | TAK |  |
|  | W zestawie z endoskopami akcesoria niezbędne do uruchomienia, użycia i przeprowadzenia bezpiecznego, kompleksowego badania cystoskopowego :- zawór podwójny LUER – 10 szt.,- nasadka do sterylizacji – 10 szt.,- adapter do światłowodu – min. 9 szt.,- akumulatorowe źródło światła LED – 1 szt.- szczoteczka dwustronna do czyszczenia – min. 10 szt.,- kontener do sterylizacji z pokrywą – 3 szt.,- port biopsyjny do narzędzi maks. 9 Fr, regulowane uszczelnienie, jednorazowego użytku, sterylny - 10 szt.,- kleszcze biopsyjne wielorazowe kompatybilne z endoskopem – 2 szt.,- kleszcze chwytające wielorazowe kompatybilne z endoskopem – 2 szt.. | TAK |  |
|  | Gwarancja co najmniej 24 miesiące | 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.) W przypadku, gdy urządzenie nie jest urządzeniem medycznym inne dokumenty wymagane prawem dla danego typu urządzeń. | TAK |  |
|  | Sprzęt kompletny i gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów  | TAK |  |
|  | Autoryzowany Serwis Producenta (nazwa i adres). | TAK, podać |  |
|  | Bezpłatne szkolenie personelu w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu przeprowadzone w miejscu instalacji aparatu. | TAK |  |
|  | W komplecie pełna Instrukcja Obsługi w języku polskim wraz instrukcją konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji dla poszczególnych elementów aparatów oraz odpowiednie do tych instrukcji wersje elektroniczne. | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat wszystkich niezbędnych napraw. Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za uszkodzenia powstałe w wyniku nieprawidłowego użytkowania urządzeń, niezgodnego z instrukcją obsługi. | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat przeglądów technicznychzgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane raportem serwisowym lub kartą pracy, w tym przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji wykonany przed jej upływem. | 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 |  |
|  | Reakcja serwisu poprzez podjęcie działań w następstwie powiadomienia telefonicznego lub e-mailem po przyjęciu przesłanego sprzętu do siedziby serwisu, polegających na ustaleniu zakresu uszkodzenia sprzętu oraz określeniu sposobu i przybliżonego czasu naprawy - max. w ciągu 2 dni roboczych. | TAK |  |
|  | Czas naprawy liczony od dnia podjęcia czynności serwisowych lub przyjęcia sprzętu w siedzibie Serwisu do dnia zakończenia naprawy lub odesłania naprawionego urządzenia do klienta – max. 5 dni roboczych w przypadku awarii, które mogą być usunięte w Polsce i max. do 12 dni roboczych w przypadku awarii wymagających naprawy poza Polską lub sprowadzenia części z za granicy | TAK |  |
|  | W przypadku endoskopów sprzęt zastępczy na czas naprawy gwarancyjnej powyżej **5** dni roboczych. | TAK |  |
|  | Wsparcie serwisowe oraz dostępność części zamiennych co najmniej przez **7** lat po zakupie urządzenia. | TAK |  |

UWAGI:

1. Wskazane parametry jako „TAK” są warunkami granicznymi, których niespełnienie skutkuje odrzuceniem oferty

2. Brak potwierdzenia jakiegoś parametru skutkuje odrzuceniem oferty

3. Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszystkich dostępnych źródeł (zapytanie bezpośrednio u producenta sprzętu)

4. Oferowane urządzenia wraz z osprzętem muszą być kompletne i gotowe do użycia, bez konieczności dodatkowych zakupów przez Zamawiającego.

\*wypełnia wykonawca…………………………………………………….

podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy