Załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego (numer 1 do umowy).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **INSUFLATOR CO2 – 1 szt.** | | | | |
| Lp. | **CECHY APARATU** |  | | Poniżej należy **wypełnić** tabelę opisując lub potwierdzając wszystkie dane i parametry wymagane przez Zamawiającego |
| 1. | Urządzenie typ, model | Podać | |  |
| 2. | Producent/Firma | Podać | |  |
| 3. | Kraj pochodzenia | Podać | |  |
| 4. | Rok produkcji-fabrycznie nowe | TAK | |  |
| 5. | Oznakowanie CE | TAK | |  |
| **I** | **PODSTAWOWE PARAMETRY** | | **xxxxxx** |  |
| 6 | Regulacja przepływu insuflacji do minimum 50l/min, rozdzielczości regulacji - 0,1 l/min. | TAK | |  |
| 7 | Zakres regulacji ciśnienia insuflacji min. 1-30mmHg | TAK | |  |
| 8 | Możliwość podgrzewania gazu CO2 | TAK | |  |
| 9 | Funkcja odsysania służąca do usuwania dymów chirurgicznych z jamy ciała | TAK | |  |
| 10 | Funkcja nawilżania gazu insuflacyjnego | TAK | |  |
| 11 | Czytelny wyświetlacz LCD prezentujący wartości numeryczne parametrów zadanych, aktualnych oraz ilość zużytego gazu. | TAK | |  |
| 12 | Ciekłokrystaliczny, kolorowy ekran dotykowy | TAK | |  |
| 13 | Funkcja automatycznej desuflacji – możliwość ustawienia progu ciśnienia i czasu uruchomienia desuflacji zwiększająca bezpieczeństwo pracy. | TAK | |  |
| 14 | Możliwość zasilania gazem z butli oraz z sieci centralnej CO2 | TAK | |  |
| 15 | Sześć trybów pracy insuflatora | TAK | |  |
| 16 | Menu urządzenia w języku polskim wyświetlane na panelu sterującym | TAK | |  |
| 17 | Ostrzegawcze komunikaty dźwiękowe oraz tekstowe – „zatkanie”, „zanieczyszczenie”, „nadciśnienie”, „system odpowietrzający aktywny”, „ogrzewanie gazu”, „uszkodzenie drenu” | TAK | |  |
| 18 | Maksymalne ciśnienie wyjściowe: 75 mm Hg | TAK | |  |
| 19 | Maksymalne ciśnienie dopływu gazu: 80 bar/1160 PSI | TAK | |  |
| 20 | Minimalne ciśnienie dopływu gazu (butla gazowa): 15 bar/218 PSI | TAK | |  |
| 21 | Minimalne ciśnienie dopływu gazu (gaz z instalacji): 3,4 bar/50 PSI | TAK | |  |
| 22 | Zakres pomiarowy dopływu gazu: 0-50 bar/0-725 PSI | TAK | |  |
| 23 | Max. pobór mocy: max 150 VA | Podać | |  |
| 24 | Max. pobór prądu: max 630 mA | Podać | |  |
| 25 | Masa | Podać | |  |
| 26 | Wysokociśnieniowy przewód łączący insuflator z butlą – długość 1,5m | TAK | |  |
| 27 | Insuflator kompatybilny z posiadanym sprzętem z możliwością sterowania insuflatorem z głowicy kamery w zakresie :włączenia/wyłączenia, zmiany zadanego ciśnienia i przepływu gazu w trzech stopniach oraz uruchomienia oddymiania i zmiany intensywności oddymiania | TAK | |  |
| 28 | Dreny jednorazowe z wbudowanym filtrem do CO2 o skuteczności filtrowania ULPA | TAK | |  |
| 29 | Automatyczne rozpoznawanie rodzaju drenu | TAK | |  |
| **II** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | xxxxxxx | |  |
| 30 | Aktualne certyfikaty i/lub deklaracje potwierdzające spełnienie odpowiednich dla wyrobu medycznego norm lub dyrektyw, uwzględniając w szczególności wymagania UE, deklaracja zgodności.  Wpis do rejestru Wyrobów Medycznych. Podać numer, załączyć kopię | TAK | |  |
| 31 | Instrukcja obsługi, użytkowania oraz konserwacji i dezynfekcji w języku polskim przy dostawie (w formie wydrukowanej i elektronicznej).  Skrócona instrukcja przy aparacie, po 1 egz. | TAK | |  |
| 32 | Dokumentacja/specyfikacja techniczna sprzętu w wersji elektronicznej i wydrukowanej w języku polskim | TAK | |  |
| 33 | Instruktaż, szkolenie z zakresu obsługi personelu medycznego w ramach zakupu sprzętu w siedzibie zamawiającego, po bezwzględnym uzgodnieniu terminu szkolenia z kupującym wraz z wydaniem zaświadczenia, certyfikatu o przebytym szkoleniu | TAK | |  |
| 34 | Instruktaż personelu technicznego w zakresie bieżącej konserwacji oraz podstawowych napraw wraz z wydaniem zaświadczenia, certyfikatu o przebytym szkoleniu dla dwóch osób | TAK | |  |
| 35 | Okres pełnej gwarancji i obsługi serwisowej na oferowane urządzenia min. 24 miesiące | TAK  punktacja | | 24 m-ce - 0 pkt  36 m-cy 10 pkt  48 m-cy – 20 pkt |
| 36 | Karta gwarancyjna wystawiona na zaoferowany okres gwarancji, wymagana przy dostarczeniu urządzeń | TAK | |  |
| 37 | W okresie gwarancji min. 1 nieodpłatny przegląd w roku, zgodnie z zaleceniami producenta | TAK  **opisać** | |  |
| 38 | Czas naprawy urządzenia w okresie gwarancyjnym max 3 dni lub urządzenie zastępcze | TAK | |  |
| 39 | Paszport techniczny dla poszczególnych urządzeń przy dostawie | TAK | |  |
| 40 | Termin dostawy max 30 dni wraz z protokolarnym przekazaniem od podpisania umowy | TAK | |  |
| 41 | Instalacją, konfiguracją i uruchomienie w uzgodnieniu z zamawiającym, nie dłużej niż 30 dni od daty podpisania umowy | TAK | |  |
| 42 | Zabezpieczenie autoryzowanego serwisu w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym na okres minimum 10 lat | TAK | |  |

UWAGA

Wypełniając powyższe tabele można je przepisać na komputerze i odpowiednio dostosować wielkość wierszy i kolumn do potrzeb wykonawcy, zachowując treść poszczególnych wierszy i ich kolejność zapisaną przez zamawiającego. Zmiana treści lub jej brak a także zmiana kolejności wierszy lub kolumn oraz ich brak spowoduje odrzucenie oferty.

Pytania dotyczące powyższych parametrów i wymagań muszą odnosić się precyzyjnie do poszczególnych punktów.

Niespełnienie choćby jednego z wymogów technicznych dotyczących aparatu stawianych przez zamawiającego w powyższej tabeli spowoduje odrzucenie oferty.