#### PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

 **I . OKREŚLENIE PRZEDMIOTU PRZETARGU**

###### Napęd ortopedyczny - 1 kpl.

**----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**II . Część do wypełnienia przez przystępującego do przetargu:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | Nazwa urządzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **2** | Typ urządzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **3** | Producent |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **4** | Rok produkcji nie wcześniej niż 2024. Urządzenie/a fabrycznie nowe. | Rok produkcji: …………………………….Urządzenie/a fabrycznie nowe (Tak/Nie – wpisać): …..…… |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **5** | Kraj pochodzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |

**6. Warunki gwarancji i serwisu wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **WARTOŚĆ** **WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA****( podać, opisać )** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny.  | *TAK(wpisać pełne dane kontaktowe adres i techniczne środki łączności, nr tel., faxu, e-mail. )* |   |
| 2 | Długość udzielanej gwarancji nie mniej niż **24 miesięcy** (*podać ilość miesięcy*). Przeglądy techniczne urządzenia w zakresie i z częstością zalecaną przez producenta w czasie trwania gwarancji. | *.* TAK ( wpisać ) | Całkowity okres udzielonej gwarancji wynosi: …..… m-cy/ce.W tym okresie Wykonawca zapewnia przeglądy techniczne urządzenia w zakresie i z częstością zalecaną przez producenta |
|  |  |  |  | *Wpisać* |

**7.Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **Parametry graniczne** | **Parametry oferowane**( podać, opisać ).- Należy szczegółowo opisać każdy oferowany parametr urządzenia/sprzętu.- Dopuszcza się wpisanie słowa - TAK jeżeli oferowany parametr jest zgodny z minimalnym wymogiem granicznym.***( UWAGA:*** ***Jeżeli wykonawca w sposób jednoznaczny nie określi parametru według w/w zasad, Zamawiający będzie wymagał jednoznacznego potwierdzenia/udowodnienia oferowanego parametru )*** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Wymagania ogólne** |  |  |
|  | **NAPĘD ORTOPEDYCZNY (KONSOLA, SILNIK, WYŁĄCZNIK NOŻNY).** | TAK |  |
|  | System z napędem elektrycznym do stosowania podczas zabiegów ortopedycznych, operacji dłoni i stóp, leczenia złamań, wiercenia otworów, osteotomii korekcyjnych i chirurgii przezskórnej – zabiegi małoinwazyjne MIS.  | TAK |  |
|  | **Konsola sterująca – wbudowany wyświetlacz LCD - 1 szt.** | TAK |  |
|  | Możliwość ustawienia co najmniej sześciu programów użytkownika. | TAK |  |
|  | Prezentacja wartości zadanych: numer programu, prędkość, moment obrotowy. | TAK |  |
|  | Wartość irygacji w zakresie 0 -100%. | TAK |  |
|  | Wyświetlanie: Kierunek obrotów, data i czas. | TAK |  |
|  | Wymiary 250 mm x 110 mm x 300 mm (+/-3% dla każdego z wymiarów) | TAK |  |
|  | Waga nie większa niż 8,0 kg. | TAK |  |
|  | Wbudowana pompa irygacyjna – maksymalna wartość przepływu ≥ 90 ml/min. | TAK |  |
|  | Uchwyt do worka z płynem o wadze do 1,5 kg. | TAK |  |
|  | **Silnik – napęd piórowy - 1 szt.** | TAK |  |
|  | Obroty w zakresie co najmniej 300 - 15 000 obr. / min. | TAK |  |
|  | Wbudowany przewód sterujący o długości 3,5 m +/- 3%. | TAK |  |
|  | Średnica 26,0 mm +/- 3%. | TAK |  |
|  | Długość 100 mm +/- 5%. | TAK |  |
|  | Waga nie większa niż 0,5 kg. | TAK |  |
|  | Moment obrotowy co najmniej 7 Ncm. | TAK |  |
|  | Możliwość podłączenia nasadek typu piła oscylacyjna, piła posuwisto – zwrotna, nasadka do zabiegów MIS, nasadki wiertarskie do wierteł i drutów Kirschnera. | TAK |  |
|  | Napęd nie wymagający konserwacji i smarowania, możliwość mycia i dezynfekcji w myjce automatycznej. | TAK |  |
|  | **Sterownik nożny czteroprzyciskowy, przewodowy - 1 szt.** | TAK |  |
|  | Możliwość sterowania parametrami: włączenie / wyłączenie pompy irygacyjnej, regulacja prędkości obrotowej silnika, zmiana kierunku obrotów silnika, funkcja wyboru programu użytkownika od 1 do 6. | TAK |  |
|  | Sterownik wyposażony w metalowy uchwyt. | TAK |  |
|  | Wodoszczelny – klasa co najmniej IPX8. | TAK |  |
|  | Przewód sterujący długość 3,5 m. | TAK |  |
|  | **Silnik – napęd piórowy - 1 szt.** | TAK |  |
|  | Obroty w zakresie co najmniej 300 - 15 000 obr. / min. | TAK |  |
|  | Wbudowany przewód sterujący o długości 3,5 m +/- 3%. | TAK |  |
|  | Średnica 26,0 mm +/- 3%. | TAK |  |
|  | Długość 100 mm +/- 5%. | TAK |  |
|  | Waga nie większa niż 0,5 kg. | TAK |  |
|  | Moment obrotowy co najmniej 7 Ncm. | TAK |  |
|  | Możliwość podłączenia nasadek typu piła oscylacyjna, piła posuwisto – zwrotna, nasadka do zabiegów MIS, nasadki wiertarskie do wierteł i drutów Kirschnera. | TAK |  |
|  | Napęd nie wymagający konserwacji i smarowania, możliwość mycia i dezynfekcji w myjce automatycznej. | TAK |  |
|  | **NASADKA DO PROCEDUR MIS -2 szt.** | TAK |  |
|  | Nasadka do procedur przezskórnych (zabiegi małoinwazyjne MIS).  | TAK |  |
|  | Obroty maksymalne nie mniejsze niż 15 000 obr./min. | TAK |  |
|  | Nasadka dostosowana do ostrzy Ø 2,35 mm. | TAK |  |
|  | **NASADKA TYPU PIŁA OSCYLACYJNA - 2 szt.** | TAK |  |
|  | Oscylacje maksymalne nie mniejsze niż 15 000 osc./min. | TAK |  |
|  | **NASADKA DO DRUTÓW KIRSCHNERA - 2 szt.** | TAK |  |
|  | Zakres nie gorszy niż 1,0 mm - 2,4 mm. | TAK |  |
|  | Zakres obrotów nie mniejszy niż 0 - 1300 obr./min. | TAK |  |
|  | Mechanizm zapobiegający wypadaniu drutów przy braku nacisku na dźwignię. | TAK |  |
|  | **NASADKA AO - 2 szt.** | TAK |  |
|  | Obroty w zakresie nie gorszym niż 0 - 1300 obr./min. | TAK |  |
|  | **NASADKA JACOBS - 2 szt.** | TAK |  |
|  | **ADAPTER KANIULOWANY - 2 szt.** | TAK |  |
|  | Adapter offsetowy, kaniulowany. | TAK |  |
|  | **KONTENER STERYLIZACYJNY DO NAPĘDU - 2 szt.** | TAK |  |
|  | **OSTRZA DO PIŁY OSCYLACYJNEJ,** sterylne, wymiary **:**– 25 x 5,5 x 0,6 mm – 20 szt.,– 16 x 5,5 x 0,6 mm – 20 szt. |  |  |
|  | **OSTRZA DO PROCEDUR MIS,** (zabiegi małoinwazyjne stopy), wymiary:- typ Shannon 2 x 13 mm - 20 szt.,- 4,3 x 13 mm - 20 szt.,- typ Shannon 3,1 x 20 mm - 20 szt.  |  |  |
|  | **Wymagania dodatkowe** |  |  |
|  | Szkolenie personelu użytkownika w zakresie obsługi przedmiotu zamówienia niezbędnego do eksploatacji urządzenia (minimum 5 osób). | TAK |  |
|  | Szkolenie personelu technicznego zamawiającego w zakresie podstawowych czynności sprawdzenia stanu technicznego urządzenia i podstawowej konserwacji technicznej. Szkolenie obejmujące co najmniej 2 osoby. | TAK |  |

**UWAGA:**

Dla uznania oferty za ważną Wykonawca winien zaoferować sprzęt spełniający wszystkie wymagane parametry graniczne.

W tabeli pod pkt. 7 należy opisać, wpisać, podać oferowany parametr lub zgodnie z zaleceniami w tabeli.

Wypełniony i podpisany załącznik nr 1 należy załączyć do oferty.

Oświadczenie Wykonawcy:

Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie po dostarczeniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.

**Wypełniony i podpisany właściwym podpisem elektronicznym załącznik nr 1 do SWZ należy załączyć do oferty.**

 Podpis Wykonawcy: ..................................................