Załącznik nr 1 do siwz (wypełnić i załączyć do oferty) Nr sprawy PCZ-NZP-382/22/20

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH**

Zad. nr 10 – wideolaryngoskop z kompletem nakładek jednorazowego użytku – 1 szt. (wyrób medyczny klasy I)

Nazwa producenta: .......................................................

Nazwa i typ: .......................................................

Kraj pochodzenia: .......................................................

Rok produkcji nie wcześniej niż 2020 rok: ......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Opis | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany-podać lub potwierdzić** |
| 1 | Kolorowy ekran LED min. 3,5” | TAK |  |
| 2 | Wymiary wyświetlacza: 94 x 70 x 12 mm | TAK |   |
| 3 | Źródło światło: LED | TAK |   |
| 4 | Rozdzielczość min. 640 x 480 | TAK |   |
| 5 | Format 4:3 | TAK |   |
| 6 | Ilość klatek na sekundę min. 30 FPS | TAK |   |
| 7 | Rozdzielczość kamery 2.0 M pikseli | TAK |   |
| 8 | Kamera wyposażona w soczewkę przeciwparową | TAK |   |
| 9 | Natężenie oświetlenia, min. 800 luksów | TAK |   |
| 10 | Akumulator litowy 3,7 V | TAK |   |
| 11 | Wydajność akumulatora min. 120 min | TAK |   |
| 12 | Pojemność akumulatora min. 3 400 mAh | TAK |   |
| 13 | Czas ładowania max. 8 godzin | TAK |   |
| 14 | Masa wideolaryngoskopu 315 g +/- 2 g | TAK |   |
| 15 | Karta pamięci o pojemności min. 4GB SD | TAK |  |
| 16 | Dostępne nakładki jednorazowego użytku z poliwęglanu w rozmiarach 1, 2, 3, 4 | TAK |  |
| 17 | Walizka ochronna na wideolaryngoskop i akcesoria | TAK |  |
| 18 | Wyposażenie w dostawie:- nakładka jednorazowego użytku, rozmiar 3 - 5 szt.- nakładka jednorazowego użytku, rozmiar 4 - 5 szt. | TAK |  |
| 19 | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |
| 20 | Certyfikat CE, Deklaracja zgodności producenta | TAK |  |
|  21 | Producent/Wykonawca\*\* Wykonawca posiadający autoryzację producenta na terenie Polski i zapewniający autoryzowany serwis producenta na terenie Polski. Potwierdzić odpowiednim dokumentem przed zawarciem umowy. | TAK |  |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty. Parametry muszą być potwierdzone folderami lub karatami katalogowymi oferowanego wyrobu.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie *parametr oferowany* będzie traktowany jako brak danego**

**parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, 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.

**…………………………….**

**Podpis Wykonawcy**