Załącznik nr 1 do swz (wypełnić i załączyć do oferty) Nr sprawy PCZ-NZP-382/6/21

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WYMAGANYCH WARUNKÓW**

**Zad. nr 1** – Laser diodowy do zastosowań w chirurgii naczyniowej, proktologii, mikrochirurgii, zamykania naczyń, biostymulacji ran przewlekłych - 1 szt.

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

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

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

Rok produkcji: ......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Laser diodowy trzyfalowy, klasa wyrobu medycznego II b** | | | |
| **Lp.** | | **Opis** | **Parametr wymagany** | | **Parametr oferowany-podać lub potwierdzić** |
|  | | Typ lasera | diodowy, półprzewodnikowy | |  |
|  | | Rok produkcji | 2021 | |  |
|  | | Aparat fabrycznie nowy. | TAK | |  |
|  | | Długość fali: | 1470 nm, 980 nm, 635 nm | |  |
|  | | Maksymalna moc na tkance: | 15W(1470nm); 15W (980W) 500mW(635nm) | |  |
|  | | Wiązka celownicza (pilotująca): | 630÷690nm / 1,4 mW max | |  |
|  | | Typ pracy: | ciągły lub modulowany | |  |
|  | | Czas impulsu: | 50 µs – 10 s | |  |
|  | | Standard złącza diody laserowej / włókna laserowego | SMA 905, | |  |
|  | | Średnica rdzenia włókna laserowego | akceptuje światłowody o średnicy rdzenia od 200µm do 800µm, NA = 0,22 – 0,48 | |  |
|  | | Włączanie emisji promieniowania | włącznik nożny – klasa obudowy min. IPX6 | |  |
|  | | Sterownik | wbudowany mikroprocesor | |  |
|  | | Wyświetlacz | kolorowy LCD 7”, dotykowy | |  |
|  | | System chłodzenia lasera | wewnętrzny, powietrzny i termoelektryczny | |  |
|  | | Zasilanie lasera | DC 24V 200W min. z oddzielnego zasilacza Medical Approval EN60601-1 Class I | |  |
|  | | Zasilanie zasilacza | jednofazowe 100-240 VAC; 50/60 Hz; 4,0A | |  |
|  | | Wymiary obudowy lasera | 27cm x 24,5cm x 9cm | |  |
|  | | Waga lasera (bez wyposażenia) | ok. 2,5 kg | |  |
|  | | Wymiary walizki z laserem | 53cm x 38cm x 23cm | |  |
|  | | Waga walizki z laserem i wyposażeniem | ok. 7,5 kg | |  |
|  | | Warunki zewnętrzne w trakcie pracy | od +10°C do +30°C  wilgotność względna od 30% do 60% | |  |
|  | | Warunki zewnętrzne w trakcie  przechowywania / transportu | temperatura od -10° C do +55°C;  wilgotność względna od 10% do 80% | |  |
|  | | Klasa wyrobu medycznego | II b | |  |
|  | | Klasa bezpieczeństwa laserowego | 4 | |  |
|  | | Klasa bezpieczeństwa elektrycznego | I typ B | |  |
|  | | Stopień ochrony obudowy lasera | IP20B | |  |
|  | | Stopień ochrony włącznika nożnego | min. IPX6 | |  |
|  | | Język interface’u | polski, angielski | |  |
| **Wyposażenie** | | | | | |
|  | Pompa do znieczulenia nasiękowego | | NouvagDP30 + pakiet drenów (10szt) | |  |
|  | Samodzielne stanowisko robocze | | Tak | |  |
|  | Światłowód z radialną emisją energii 400μm do EVLT | | 2 szt. | |  |
|  | Zestaw wprowadzający do EVLT | | 2 szt. | |  |
|  | Okulary ochronne dla lekarza λ1470nm | | Tak 1 szt. | |  |
|  | Okulary ochronne dla pacjenta λ1470nm | | Tak 1 szt. | |  |
|  | Rękojeść do zamykania naczynek | | Tak | |  |
|  | Rękojeść mikrochirurgiczna | | Tak | |  |
|  | Końcówki mikrochirurgiczne | | 2 szt. | |  |
|  | Światłowód mikrochirurgiczny 320μm | | 1 szt. | |  |
|  | Nóż diamentowy do światłowodów | | Tak | |  |
|  | Okulary ochronne dla lekarza λ980nm | | 1 szt. | |  |
|  | Okulary ochronne uniwersalne dla asysty λ980/635nm | | 1 szt. | |  |
|  | Okulary (pływaczki) dla pacjenta λ980nm | | 1 szt. | |  |
|  | Okulary ochronne dla lekarza λ635nm | | 1 szt. | |  |
|  | Rękojeść biostymulacyjna z aplikatorem 14mm | | Tak | |  |
|  | Światłowód strzałkowy 600μm do hemoroidów | | 1 szt. | |  |
|  | Kaniula do światłowodu strzałkowego | | 1 szt. | |  |
|  | Światłowód prosty wielorazowy (do 10 sterylizacji) | | 1szt. | |  |
|  | Okres gwarancji min. 24 mies. | |  | |  |

Całkowity koszt zestawu: ……………. zł netto, …………….. zł brutto

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 SWZ, 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**