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

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WYMAGANYCH WARUNKÓW**

**Zad. nr 15** – **Zestaw do kriochirurgii z ssakiem do zabiegów proktologicznych i sondami** - 1 zestaw

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

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

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

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

**Klasa wyrobu medycznego: II b**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany-podać lub potwierdzić** |
| 1. | Zasilanie - Aparat nieelektryczny | TAK |  |
| 2. | Czynnik roboczy - Podtlenek azotu (N2O), lub dwutlenek węgla (CO2) w stalowych butlach ciśnieniowych | TAK |  |
| 3. | Ciśnienie pracy w zakresie 3,5 ÷ 5 MPa | TAK  |  |
| 4. | Ciśnienie maksymalne – 5,5 MPa | TAK  |  |
| 5. | Ciężar aparatu do 6 kg (bez obudowy butli) | TAK  |  |
| 6 | Aparat ze ssakiem, umożliwiający wykonywanie zabiegów proktologicznych przy użyciu ligatora | TAK  |  |
| 7. | Aparat wyposażony w mobilną obudowę butli, przystosowaną do butli o pojemności 10 litrów, z możliwością stabilnego zainstalowania aparatu na obudowie | TAK  |  |
| 8. | Przepływomierz (wskaźnik przepływu gazu przez sondę) | TAK  |  |
| 9. | Manometr (wskaźnik ciśnienia pracy) | TAK  |  |
| 10. | Pokrętło regulacji ciśnienia | TAK  |  |
| 11. | Pedał sterujący | TAK  |  |
| 12. | Możliwość podłączenia (i pracy) sond kriochirurgicznych dla różnych specjalności medycznych (np. ginekologia, dermatologia, flebologia, proktologia) | TAK  |  |
| 13. | Wyposażenie:- Ligator czołowy do aparatu- kontaktowa sonda dermatologiczna uniwersalna (dł. 52mm, śr. 6mm)- kontaktowa sonda dermatologiczna lekko wypukła, okrągła (dł. 52mm, śr. 5,5mm, kąt zagięcia 30 stopni)- kontaktowa sonda dermatologiczna płaska (dł. 113mm, powierzchnia robocza 4,5mm x 10,5mm)- natryskowa sonda dermatologiczna SPRAY z zestawem nakładek i ogranicznikami pola mrożenia- kontaktowa sonda ginekologiczna do kanału szyjki macicy (dł. 200mm, śr. 15mm)- natryskowa sonda ginekologiczna SPRAY do zastosowań wewnętrznych i zewnętrznych |  |  |
| 14. | Okres gwarancji min. 24 m-ce | TAK  |  |
| 15. | Przeglądy: pierwszy po trzech latach od zakupu urządzenia, kolejne co roku. Przeglądy sondy natryskowej co roku. | TAK  |  |
| 16. | Bezpłatne szkolenie personelu obsługującego urządzenie poświadczone certyfikatem lub innym dokumentem. | TAK  |  |
| 17. | Certyfikat CE, deklaracja zgodności | TAK  |  |
| 18. | Gwarantowana dostępność części zamiennych 10 lat | TAK  |  |
| 19. | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK  |  |
| 20. | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny | TAK  |  |
| 21. | Czas reakcji na zgłoszenie awarii – maksymalny czas podjęcia działań zmierzających do usunięcia awarii do 48 godz., czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw max. 72 godz., czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów z zagranicy max. 7 dni | TAK  |  |

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**