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

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WYMAGANYCH WARUNKÓW**

**Zad. nr 3** – Aparat elektrochirurgiczny, diatermia - 1 szt.

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

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

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

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

**Klasa wyrobu medycznego II b**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis** | **Parametr wymagany** | | **Parametr oferowany-podać lub potwierdzić** |
| DANE TECHNICZNE | | | | |
|  | Urządzenie umożliwiające pracę monopolarną i bipolarną | TAK | |  |
|  | Urządzenie umożliwiające rozbudowę o bipolarny system zamykania naczyń krwionośnych, bez zakupu dodatkowych modułów do diatermii. | TAK | |  |
|  | Zasilanie elektryczne urządzenia: 230V 50Hz. | TAK | |  |
|  | Podstawowa częstotliwość pracy generatora 333kHz +/- 10% | TAK | |  |
|  | Aparat z zabezpieczeniem przed impulsem defibrylacji | TAK | |  |
|  | Zabezpieczenie przeciwporażeniowe Klasa I CF | TAK | |  |
|  | Zabezpieczenie przed przeciążeniem aparatu z aktywnym pomiarem temperatury kluczowych elementów | TAK | |  |
|  | Automatyczny test urządzenia po uruchomieniu. | TAK | |  |
|  | Komunikacja z urządzeniem za pomocą ekranu dotykowego. | TAK | |  |
|  | Czytelny ciekłokrystaliczny wyświetlacz parametrów pracy, nie mniejszy niż 9” | TAK | |  |
|  | Regulacja kąta nachylenia ekranu umożliwiająca optymalną widoczność panelu sterowania niezależnie od warunków (oświetlenia, wysokości ustawienia urządzenia itp.) | TAK | |  |
|  | Możliwość regulacji jasności ekranu | TAK | |  |
|  | Możliwość wyboru wersji graficznej wyświetlacza (jasna do sali operacyjnej, ciemna do pracowni endoskopowej) | TAK | |  |
|  | Komunikacja w języku polskim. | TAK | |  |
|  | System kontroli aplikacji elektrody neutralnej dwudzielnej. Stała kontrola aplikacji elektrody podczas trwania całego zabiegu. Wyświetlacz poprawnego podłączenia elektrody neutralnej. Możliwość wyboru elektrody neutralnej dzielonej dla dorosłych i dzieci lub dla noworodków | TAK | |  |
|  | Zła aplikacja elektrody neutralnej dwudzielnej sygnalizowania alarmem, komunikatem na ekranie oraz komunikatem głosowym w języku polskim. | TAK | |  |
|  | System rozpoznawania podłączonych narzędzi. Automatyczne przywoływanie trybów pracy i nastaw dla podłączonego narzędzia. | TAK | |  |
|  | Urządzenie wyposażone w 4 wyjścia uniwersalne umożliwiające podłączenie akcesoriów mono lub bipolarnych z systemem rozpoznawania narzędzi | TAK | |  |
|  | Możliwość regulacji głośności sygnałów aktywacji – min. 8 poziomów (bez możliwości całkowitego wyciszenia) | TAK | |  |
|  | Możliwość zapamiętania min. 100 programów i zapisania ich pod dowolną nazwą. | TAK | |  |
|  | Sygnalizacja akustyczna i wizualna aktualnego trybu pracy | TAK | |  |
|  | Aktywacja funkcji monopolarnych włącznikiem nożnym lub z uchwytu elektrody czynnej | TAK | |  |
|  | Funkcja ograniczenia czasu aktywacji trybów mono i bipolarnych z możliwością regulacji czasu | TAK | |  |
|  | Wizualna i akustyczna sygnalizacja nieprawidłowego działania urządzenia. Informacja o niesprawności w formie komunikatu z opisem wyświetlanym na ekranie urządzenia. Historia błędów archiwizowana dla potrzeb serwisu | TAK | |  |
|  | Zdalna zmiana programów za pomocą trzeciego przycisku włącznika nożnego | TAK | |  |
|  | Możliwość zmiany parametrów pracy za pomocą trzeciego przycisku włącznika nożnego | TAK | |  |
|  | Urządzenie umożliwiające pracę z bezprzewodowym (radiowym) włącznikiem nożnym | TAK | |  |
|  | Urządzenie wyposażone w funkcję monitorującą ważność przeglądu okresowego – przypomnienie o przeglądzie w postaci komunikatu. | TAK | |  |
|  | Instrukcja w języku polskim | TAK | |  |
| PARAMETRY PRACY URZĄDZENIA | | | | |
|  | Cięcie monopolarne z mocą 350W | TAK |  | |
|  | Minimum cztery rodzaje cięcia monopolarnego w tym cięcia specjalistyczne do papillotomii, polipektomii | TAK |  | |
|  | Minimum 8 efektów w każdym z dostępnych trybów cięcia | TAK |  | |
|  | Koagulacja monopolarna kontaktowa z mocą do 200W | TAK |  | |
|  | Minimum cztery rodzaje koagulacji monopolarnej standardowej w tym koagulacja miękka, forsowna, bezkontaktowa (spray) | TAK |  | |
|  | Minimum 8 efektów koagulacji dostępnych dla każdego z wymaganych trybów koagulacji monopolarnej kontaktowej | TAK |  | |
|  | Koagulacja bipolarna z mocą min. 120W, | TAK |  | |
|  | Minimum trzy rodzaje koagulacji bipolarnej, w tym tryby specjalistyczne przeznaczone do zabiegów urologicznych i histeroskopowych | TAK |  | |
|  | Minimum 8 efektów dostępnych w trybie koagulacji bipolarnej | TAK |  | |
|  | Możliwość współpracy z instrumentami przystosowanymi do systemu rozpoznawania narzędzi | TAK |  | |
|  | Opcja automatycznego startu i zakończenia koagulacji bipolarnej | TAK |  | |
|  | Cięcie bipolarne z mocą min. 350 W | TAK |  | |
|  | Minimum dwa rodzaje cięcia bipolarnego w tym tryb cięcia specjalistycznego do urologii i histeroskopii umożliwiający pracę w środowisku płynu | TAK |  | |
|  | Minimum 8 efektów dostępnych w każdym z trybów cięcia bipolarnego | TAK |  | |
| WYPOSAŻENIE | | | | |
|  | Włącznik nożny, 2-przyciskowy (umożliwiający zdalną zmianę programów), bezprzewodowy – 1szt. | TAK |  | |
|  | Wózek wyposażony w cztery kółka, z rączką , z zamykaną szafką.Wyposażony w półkę na włącznik nożny oraz koszyk na akcesoria. – 1 szt. | TAK |  | |
|  | Elektrody neutralne jednorazowego użytku, dwudzielne, hydrożelowe z systemem rozprowadzającym prąd równomiernie na całej powierzchni elektrody nie wymagające aplikacji w określonym kierunku w stosunku do pola operacyjnego, kompatybilne z system monitorowania aplikacji elektrody neutralnej – 50 szt. | TAK |  | |
|  | Kabel elektrod neutralnych jednorazowych dł. 3 m – 1 szt. | TAK |  | |
|  | Kabel do instrumentów bipolarnych, wielorazowy, długość 3 m, złącze proste kompatybilny z systemem rozpoznawania narzędzi – 2 szt. | TAK |  | |
|  | Uchwyt elektrody monopolarnej 4mm, z przyciskami do aktywacji cięcia i koagulacji, z nierozłącznym kablem o dł. min. 4 m, przystosowany do systemu rozpoznawania narzędzi. Przeznaczony do min. 200 cykli sterylizacji - 1 szt. | TAK |  | |
|  | Elektroda monopolarna, wielorazowa do cięcia i koagulacji. Kompatybilna z uchwytem 4 mm:  - szpatuła owalna, prosta, 2 x 24 mm, uchwyt 4 mm – 1 szt. | TAK |  | |
| SERWIS I GWARANCJA | | | | |
|  | Okres gwarancji min. 24 miesiące | TAK |  | |
|  | Serwis na terenie Polski | TAK |  | |
|  | 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 |  | |
|  | W sytuacji gdy czas naprawy przekroczy 7 dni lub nie można wykonać naprawy urządzenia na miejscu , Wykonawca dostarczy urządzenie zastępcze o takich samych parametrach. | TAK |  | |
|  | Gwarancja sprzedaży części zamiennych i dostępności serwisu pogwarancyjnego – min. 10 lat | TAK |  | |
|  | Instalacja urządzenia w miejscu wskazanym przez Zamawiającego | TAK |  | |
|  | Bezpłatne szkolenie personelu obsługującego urządzenie poświadczone certyfikatem lub innym dokumentem. | TAK |  | |

Całkowity koszt: ……………. 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**