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 zasilaczaMedical 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 trakcieprzechowywania / 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**