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

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WYMAGANYCH WARUNKÓW**

**Zad. nr 13** – Bronchoskop intubacyjny - 1 szt.

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

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

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

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

Klasa wyrobu : II a

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Opis | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany-podać lub potwierdzić** |
| 1. | Kąt widzenia min. 90o | TAK |  |
| 2. | Głębia ostrości 3 – 50 mm  | TAK |  |
| 3. | Kierunek widzenia 0o | TAK |  |
| 4. | Średnica zewnętrzna końcówki max. 5,1 mm | TAK |  |
| 5. | Średnica zewnętrzna sondy max. 5,2 mm | TAK |  |
| 6. | Zakres zginania końcówki min. góra 180o, dół 130o | TAK |  |
| 7. | Długość robocza min. 600 mm | TAK |  |
| 8. | Długość całkowita max. 860 mm | TAK |  |
| 9. | Średnica kanału roboczego min. 2,6 mm | TAK |  |
| 10. | Ledowe przenośne źródło światła, czas pracy ok 100 tys. godzin, temperatura barwowa 5500 º K . | TAK |  |
| 11. | Baterie 4 szt. wraz z ładowarką | TAK |  |
| 12. | Tester szczelności | TAK |  |
| 13. | Okres gwarancji min. 24 miesiące | TAK |  |
| 14. | 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 |  |
| 15. | Bronchoskop musi być kompatybilny z myjnią dezynfektorem na jeden endoskop firmy Olympus EDT MINI ze stacją uzdatniania wody | TAK |  |

Cena urządzenia: ……………. 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**