**Formularz warunków technicznych**

**Załącznik nr 2 siwz**

Znak Sprawy: **PCM/ZP 02/I/2016**

....................................................................

*pieczęć firmowa Oferenta*

**FORMULARZ WYMAGANYCH WARUNKÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH**

**(opis przedmiotu zamówienia)**

**( po modyfikacji: podstawa odpowiedzi na zapytania z dnia 13.09.2016)**

(Pełna nazwa Oferenta)

..........................................................................................................................................

...........................................................................................................................................

Składając ofertę do Powiatowego Centrum Medyczne Spółka z o. o. w Braniewie w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na **zakup ratalny sprzętu medycznego przeznaczanego do wyposażenia bloku operacyjnego wraz z montażem, uruchomieniem i przeszkoleniem personelu dla Powiatowego Centrum Medycznego Spółka z o. o. w Braniewie. W postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego poniżej progu unijnego**, oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia charakteryzuje się następującymi parametrami:

**Zadanie: Wyposażenie bloku operacyjnego.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Parametry wymagane** | **TAK/NIE\*** | **Parametry oferowane\*** |
| 1. **Zestaw laparoskopowy z narzędziami i optyką – 1 kpl**   **Producent/Kraj:………………………………………………………………………..**  **Marka i typ:……………………………………………………………………………….**  **Rok produkcji:……………………………………………………………………………** | | |
| **Medyczny monitor – 1 szt.** | | |
| 1. Rozdzielczość obrazu min.1920x1080 | TAK |  |
| 1. Matryca monitora LCD z podświetleniem LED - typ panela wyświetlacza LCD: IPS-Alpha | TAK |  |
| 1. Przekątna ekranu min. 26”, ekran panoramiczny | TAK |  |
| 1. Rozmiar plamki: 0,300 (poziom) × 0,300 (pion) mm | TAK |  |
| 1. Jasność: 500 cd/m2 | TAK |  |
| 1. Kontrast: 1400:1 | TAK |  |
| 1. Maksymalna częstotliwość zegara pikselowego: 165 MHz | TAK |  |
| 1. Dwustronna powłoka antyrefleksyjna | TAK |  |
| 1. Twardość zintegrowanej z wyświetlaczem warstwy ochronnej: 3H | TAK |  |
| 1. 5 trybów skalowania obrazu: | TAK |  |
| 1. Wyświetlana ilość kolorów – min. 10 bitów (głębia koloru: 10 bitów (>1 miliarda kolorów) ) | TAK |  |
| 1. Możliwość regulacji kolorów: czerwony, zielony, niebieski | TAK |  |
| 1. Regulacja ustawień obrazu: jasność, kontrast, faza, nasycenie, ostrość obrazu, ostrość video | TAK |  |
| 1. Osłona monitora wykonana z plastiku ochraniająca matrycę | TAK |  |
| **Endoskopowa kamera wysokiej rozdzielczości – 1 szt.** | | |
| 1. Głowica kamery wyposażona w trzy przetworniki 1/3’’ wysokiej rozdzielczości, technologia CMOS | TAK |  |
| 1. Wodoszczelna głowica kamery wyposażona w 4 programowalne przyciski | TAK |  |
| 1. Klasa wodoszczelności głowicy kamery IPX7 | TAK |  |
| 1. Możliwość przypisania 2 funkcji każdemu przyciskowi (długie przyciśnięcie, krótkie przyciśnięcie), obsługa łącznie do 10 funkcji | TAK |  |
| 1. Kolorowy ekran dotykowy umożliwiający dostęp do różnych menu (regulacji stopnia jasności, zoomu i balansu bieli) | TAK |  |
| 1. Migawka automatyczna: 1/60 (1/50)–1/50 000 sekundy | TAK |  |
| 1. Rozdzielczość kamery 1920x1080, progresywny skan obrazu. | TAK |  |
| 1. Praca konsoli kamery w trzech trybach wysokiej rozdzielczości – 1920x1080p, 1280x1024p, 1280x720p umożliwiająca podłączenie odbiorników sygnału pracujących w innych rozdzielczościach niż kamera. | TAK |  |
| 1. Zoom cyfrowy 1,8x | TAK |  |
| 1. Przyciski sterujące na głowicy kamery – 4, | TAK |  |
| 1. Przewód głowicy kamery - długość min 3m | TAK |  |
| **Źródło światła LED – 1 szt.** | | |
| 1. Moc żarówki LED 240W | TAK |  |
| 1. Żywotność min. 60000 godzin pracy | TAK |  |
| 1. Panel sterujący urządzenia – kolorowy, dotykowy wyświetlacz LCD | TAK |  |
| 1. Wyświetlacz LCD - wskazuje tryb pracy, natężenie światła w zakresie 0-100%, kody błędów. | TAK |  |
| 1. Tryb gotowości standby | TAK |  |
| 1. Menu urządzenia w języku polskim | TAK |  |
| 1. Urządzenie wyposażone w funkcję automatycznego przejścia w stan czuwania w przypadku odłączenia optyki od światłowodu, zabezpieczającą przed poparzeniem ciała pacjenta | TAK |  |
| 1. Uniwersalne przyłącze światłowodów różnych producentów bez stosowania dodatkowych adapterów | TAK |  |
| 1. Zakres światłowodów od 2 mm do 6,5mm | TAK |  |
| **Insuflator CO2 – 1 szt.** | | |
| 1. Regulacja przepływu insuflacji do minimum 40l/min, rozdzielczości regulacji - 0,1 l/min. | TAK |  |
| 1. Zakres regulacji ciśnienia insuflacji min. 1-30mmHg | TAK |  |
| 1. Funkcja ciągłego pomiaru ciśnienia CO2. (insuflator podaje CO2 w sposób ciągły nieprzerywany i bezskokowy do wysokości zadanej wartości ciśnienia insuflacji z dwóch niezależnych portów) | TAK |  |
| 1. Czytelny wyświetlacz LCD prezentujący wartości numeryczne parametrów zadanych, aktualnych oraz ilość zużytego gazu. | TAK |  |
| 1. Ciekłokrystaliczny, kolorowy ekran dotykowy | TAK |  |
| 1. Funkcja automatycznej desuflacji – możliwość ustawienia progu ciśnienia i czasu uruchomienia desuflacji zwiększająca bezpieczeństwo pracy. | TAK |  |
| 1. Funkcja podgrzewania gazu. | TAK |  |
| 1. Możliwość zasilania gazem z butli oraz z sieci centralnej CO2 | TAK |  |
| 1. Cztery tryby pracy insuflatora | TAK |  |
| 1. Menu urządzenia w języku polskim wyświetlane na panelu sterującym | TAK |  |
| 1. Ostrzegawcze komunikaty dźwiękowe oraz tekstowe – „zatkanie”, „zanieczyszczenie”, „nadciśnienie”, „system odpowietrzający aktywny”, „ogrzewanie gazu”, „uszkodzenie drenu” | TAK |  |
| 1. Maksymalne ciśnienie wyjściowe: 75 mm Hg | TAK |  |
| 1. Maksymalne ciśnienie dopływu gazu: 80 bar/1160 PSI | TAK |  |
| 1. Wysokociśnieniowy przewód łączący insuflator z butlą – długość 1,5m | TAK |  |
| 1. Adapter drenów wielorazowych silikonowych do insuflatora | TAK |  |
| 1. [Dren wielorazowy silikonowy z podgrzewaniem do insuflatora](file:///C:\Users\zamow\Documents\1%20NZOZ%20PCM\0%20PRZETARGI%20POWYŻEJ%2030%20000\2016\2%20SPRZĘT%20MED%20BL.%20OPER%20NA%20RATY\Dokumentacja%20przetargowa\DANE%20DO%20PRZETARGU\ENDOSCOPY\LAPAROSCOPY\INSUFFLATOR\PNEUMOSURE\IFU\1000-401-039_revG_PL.pdf) | TAK |  |
| **Wózek aparaturowy – 1 szt.** | | |
| 1. Uchwyt boczny do butli CO2 20l50L | TAK |  |
| 1. Regulowany wysięgnik do płynów | TAK |  |
| 1. Ramię centralne 300mm do monitora z półką 45 cm | TAK |  |
| **Pompa laparoskopowa P102 – 1 szt.** |  |  |
| 1. Perystaltyczna pompa ssąco-płucząca do zabiegów laparoskopowych | TAK |  |
| 1. Ciśnienie płukania min. 400mmHg, przepływ płukania 0-1800ml/min | TAK |  |
| 1. Możliwość niezależnego uruchomienia toru ssania i płukania. | TAK |  |
| 1. Wielorazowy dren silikonowy w torze płukania | TAK |  |
| 1. Wielorazowy dren silikonowy w torze ssania łączący pojemnik i instrument ssąco-płuczący | TAK |  |
| 1. Wielorazowy dren silikonowy w torze ssania łączący pompę i pojemnik | TAK |  |
| **Narzędzia – 1 szt.** | | |
| 1. Optyka laparoskopowa 10mm 0 st **– 1 szt.** | TAK |  |
| 1. Optyka laparoskopowa 10mm 30 st **– 1 szt.** | TAK |  |
| 1. Kontener do sterylizacji optyk **– 2 szt.** | TAK |  |
| 1. [Światłowód 5mm x 3m w przezroczystej osłonie (gwint)](file:///C:\Users\zamow\Documents\1%20NZOZ%20PCM\0%20PRZETARGI%20POWYŻEJ%2030%20000\2016\2%20SPRZĘT%20MED%20BL.%20OPER%20NA%20RATY\Dokumentacja%20przetargowa\DANE%20DO%20PRZETARGU\ENDOSCOPY\VISUALIZATION\FIBEROPTIC_CABLE\IFU\0233-065-077_revH_PL.pdf) **– 1 szt.** | TAK |  |
| 1. [Kaniula laparoskopowa 5.5 mm](file:///C:\Users\zamow\Documents\1%20NZOZ%20PCM\0%20PRZETARGI%20POWYŻEJ%2030%20000\2016\2%20SPRZĘT%20MED%20BL.%20OPER%20NA%20RATY\Dokumentacja%20przetargowa\DANE%20DO%20PRZETARGU\ENDOSCOPY\LAPAROSCOPY\HARDWARE\IFU\P16937_revB_PL.pdf) **– 3 szt.** | TAK |  |
| 1. [Kaniula laparoskopowa 11mm](file:///C:\Users\zamow\Documents\1%20NZOZ%20PCM\0%20PRZETARGI%20POWYŻEJ%2030%20000\2016\2%20SPRZĘT%20MED%20BL.%20OPER%20NA%20RATY\Dokumentacja%20przetargowa\DANE%20DO%20PRZETARGU\ENDOSCOPY\LAPAROSCOPY\HARDWARE\IFU\P16937_revB_PL.pdf) **– 2 szt.** | TAK |  |
| 1. [trokar piramidalny 5.5 mm](file:///C:\Users\zamow\Documents\1%20NZOZ%20PCM\0%20PRZETARGI%20POWYŻEJ%2030%20000\2016\2%20SPRZĘT%20MED%20BL.%20OPER%20NA%20RATY\Dokumentacja%20przetargowa\DANE%20DO%20PRZETARGU\ENDOSCOPY\LAPAROSCOPY\HARDWARE\IFU\P16937_revB_PL.pdf) **– 1 szt.** | TAK |  |
| 1. [trokar piramidalny 11mm](file:///C:\Users\zamow\Documents\1%20NZOZ%20PCM\0%20PRZETARGI%20POWYŻEJ%2030%20000\2016\2%20SPRZĘT%20MED%20BL.%20OPER%20NA%20RATY\Dokumentacja%20przetargowa\DANE%20DO%20PRZETARGU\ENDOSCOPY\LAPAROSCOPY\HARDWARE\IFU\P16937_revB_PL.pdf) **– 1 szt.** | TAK |  |
| 1. Redukcja 11mm na 5.5mm **– 2 szt.** | TAK |  |
| 1. Wkład narzędziowy śr. 5.0mm dł. 33cm typu "dissector" **– 2 szt.** | TAK |  |
| 1. Uchwyt narzędziowy monopolarny jednoczęściowy składający się z rączki i osłony wkładu śr. 5.0mm dł. 33cm **– 2 szt.** | TAK |  |
| 1. Wkład narzędziowy śr. 5.0mm dł. 33cm typu "grasper" **– 2 szt.** | TAK |  |
| 1. Uchwyt narzędziowy monopolarny z blokadą jednoczęściowy składający się z rączki i osłony wkładu śr. 5.0mm dł. 33cm **– 4 szt.** | TAK |  |
| 1. Wkład narzędziowy śr. 5.0mm dł. 33cm typu "alligator" **– 1 szt.** | TAK |  |
| 1. Wkład narzędziowy śr. 5.0mm dł. 33cm atraumatyczne typu "grasper" **– 1 szt.** | TAK |  |
| 1. Wkład narzędziowy śr. 5.0mm dł. 33cm **– 1 szt.** | TAK |  |
| 1. Wkład narzędziowy śr. 5.0mm dł. 33cm typu "scissors"**– 1 szt.** | TAK |  |
| 1. Igła aspiracyjna dł.33cm **– 1 szt.** | TAK |  |
| 1. Elektroda monopolarna typu "L" śr 5mm/dł. 33cm (3szt) **– 1 szt.** | TAK |  |
| 1. Wkład narzędziowy śr.10.0mm dł. 33cm typu "maryland" **– 1 szt.** | TAK |  |
| 1. Uchwyt narzędziowy monopolarny z blokadą jednoczęściowy składający się z rączki i osłony wkładu śr. 10.0mm dł. 33cm **– 1 szt.** | TAK |  |
| 1. Klipsownica 10mm do klipsów **– 1 szt.** | TAK |  |
| 1. Kontener do sterylizacji narzędzi **– 1 szt.** | TAK |  |
| 1. Ssak do pompy ssąco-płuczącej **– 1 szt.** | TAK |  |
| 1. Głowica do ssaka **– 1 szt.** | TAK |  |
| 1. Trokar 10 mm do stożka **– 1 szt.** | TAK |  |
| 1. Materiały informacyjne (folder, prospekt) oferowanych urządzeń, potwierdzających spełnienie wymaganych parametrów technicznych zgodnie z opisem niniejszej siwz , dokumenty dopuszczające do obrotu zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - załączyć do oferty na wezwanie. | TAK |  |
| 1. **Lampa operacyjna sufitowa – 2 kpl**   **Producent/Kraj:………………………………………………………………………..**  **Marka i typ:……………………………………………………………………………….**  **Rok produkcji:……………………………………………………………………………** | | |
| 1. Zasada oświetlania: Lampa jednoczaszowa, bezcieniowa z diodowym źródłem światła.  Nie dopuszcza się lamp wyposażonych w aktywny układ redukcji cieni wyposażony w różnego rodzaju sensory, czujniki czy manipulatory. | TAK |  |
| 1. Lampa – wyposażona w rozwiązanie umożliwiające obniżenie natężenia światła( tzw. Oświetlenie endoskopowe) do wielkości max. 5 % natężenia świecące w kierunku pola zabiegowego światłem białym. Nie dopuszcza się rozwiązań polegających na oświetleniu w kolorze innym niż biały oraz oświetlenia skierowanego w sufit. | TAK |  |
| 1. Lampa wykorzystująca wyłącznie diody białe. Nie dopuszcza się lampy wykorzystującej diody innej barwy niż biała | TAK |  |
| 1. Mechanizm podwieszenia lampy umożliwiający wygodne pozycjonowanie oraz obrót ramion o 360° wokół punktu mocowania | TAK |  |
| 1. Możliwość ruchu czaszy w pionie min. 1000 mm. | TAK |  |
| 1. Zasięg ruchu czaszy w poziomie min. 1500 mm od osi zamocowania | TAK |  |
| 1. Konstrukcja ramion pozwalająca na łatwe przemieszczanie i precyzyjne ustawianie w żądanym położeniu | TAK |  |
| 1. Czasza lampy o zwartej, jednolitej, okrąglej konstrukcji.   Nie dopuszcza się czaszy o wyraźnie rozdzielonej konstrukcji ( wielodzielnej, podzielonej , modułowej) | TAK |  |
| 1. Zewnętrzna średnica czaszy max 65 cm. Lampa z możliwością pracy z nawiewem laminarnym. | TAK |  |
| 1. Natężenie światła czaszy w odległości 1m od czoła lampy min.159 000 lux | TAK |  |
| 1. Czasza lampy zawierająca maksymalnie 85 diod o łącznym poborze mocy max 130 VA | TAK |  |
| 1. Dolna powierzchnia ( front ) czaszy będąca osłoną źródeł światła - wykonana ze szkła tzw. bezpiecznego ( hartowanego, klejonego ). Nie dopuszcza się osłony wykonanej z tworzyw sztucznych (np. pleksy itp.), które mogą ulec zmatowieniu lub „żółknięciu” oraz nie dopuszcza się rozwiązań posiadających możliwość, w razie rozbicia powierzchni, odprysku (oddzielenia się ) odłamków w obszar pola zabiegowego. | TAK |  |
| 1. Czasza lampy z funkcją stałego zogniskowania plamy świetlnej w przedziale roboczym wynoszącym min 95 cm. Nie opuszcza się lamp z koniecznością manualnego ogniskowania plamy świetlnej czaszy głównej lub elektromechanicznego ogniskowania – ruchome części czaszy. Nie dopuszcza się również lamp wyposażonych w optyczne, laserowe lub inne mierniki służące do ogniskowania i regulacji plamy świetlnej lub przełączania natężenia oświetlenia pomiędzy segmentami i poszczególnymi diodami. | TAK |  |
| 1. Czasza lampy pracująca w minimum dwóch temperaturach barwowych 4500°K i 5000°K (przełączanych na panelu sterowania) przy zachowaniu natężenia oświetlenia na poziomie min. 159 | TAK |  |
| 1. Parametry lampy takie jak włącz/wyłącz, natężenie światła i temperatura barwowa ustawiane poprzez klawiaturę membranową umieszczoną na przegubie każdej czaszy.  Nie dopuszcza się sterowania umieszczonego bezpośrednio na czaszy lampy, poprzez ruchome manipulatory lub centralne uchwyty - co utrudnia sterowanie w przypadku nietypowego ustawienia czaszy. Centralny uchwyt umieszczony w osi czaszy służy wyłączanie do pozycjonowania lampy. | TAK |  |
| 1. Wskaźnik odwzorowania barw ( CRI) min. 96 Ra | TAK |  |
| 1. Wielkość plamy świetlnej min 32 cm. | TAK |  |
| 1. Gwarantowana żywotność źródła światła min. 50 000h | TAK |  |
| 1. Głębokość oświetlenia (L1+L2 ) min 100 cm | TAK |  |
| 1. Regulacja natężenia oświetlenia w przedziale minimum 25-100 % dla obu czasz | TAK |  |
| 1. Niezmienna temperatura barwowa i współczynnik odwzorowania barw podczas regulacji natężenia światła. | TAK |  |
| 1. Czasza lampy wyposażona w sterylizowalny uchwyt służący do pozycjonowania lampy, umieszczony centralnie w osi geometrycznej czaszy lampy. | TAK |  |
| 1. Czasza lampy wyposażony w tak zwany uchwyt brudny okalający min 65 % obwodu czaszy lampy. | TAK |  |
| 1. Przystosowanie i zamontowanie lamp w salach operacyjnych | TAK |  |
| 1. Materiały informacyjne (folder, prospekt) oferowanego urządzenia, potwierdzających spełnienie wymaganych parametrów technicznych zgodnie z opisem niniejszej siwz , dokumenty dopuszczające do obrotu zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - załączyć do oferty na wezwanie. | TAK |  |
| 1. **Aparat elektrochirurgiczny –1 kpl**   **Producent/Kraj:………………………………………………………………………..**  **Marka i typ:……………………………………………………………………………….**  **Rok produkcji:……………………………………………………………………………** | | |
| **Dane techniczne** | | |
| 1. Urządzenie umożliwiające pracę monopolarną i bipolarną | TAK |  |
| 1. Urządzenie z możliwością pracy z systemem zamykania naczyń do 7mm. | TAK |  |
| 1. Zasilanie elektryczne urządzenia: 230V 50Hz. | TAK |  |
| 1. Podstawowa częstotliwość pracy generatora 333kHz +/-10% | TAK |  |
| 1. Aparat z zabezpieczeniem przed impulsem defibrylacji | TAK |  |
| 1. Zabezpieczenie przeciwporażeniowe Klasa I CF | TAK |  |
| 1. Zabezpieczenie przed przeciążeniem aparatu z aktywnym pomiarem temperatury kluczowych elementów | TAK |  |
| 1. Aparat w pełni zintegrowany (jedno urządzenie), bez dodatkowych przystawek. Obsługa wszystkich dostępnych trybów pracy z jednego panelu sterowania | TAK |  |
| 1. Automatyczny test urządzenia po uruchomieniu. | TAK |  |
| 1. Komunikacja z urządzeniem za pomocą ekranu dotykowego. | TAK |  |
| 1. Czytelny ciekłokrystaliczny wyświetlacz parametrów pracy, nie mniejszy niż 9” | TAK |  |
| 1. Regulacja kąta nachylenia ekranu umożliwiająca optymalną widoczność panelu sterowania niezależnie od warunków (oświetlenia, wysokości ustawienia urządzenia itp.) | TAK |  |
| 1. Możliwość regulacji jasności ekranu | TAK |  |
| 1. Możliwość wyboru wersji graficznej wyświetlacza (jasna do sali operacyjnej, ciemna do pracowni endoskopowej) | TAK |  |
| 1. Komunikacja w języku polskim. | TAK |  |
| 1. 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 |  |
| 1. Zła aplikacja elektrody neutralnej dwudzielnej sygnalizowania alarmem, komunikatem na ekranie oraz komunikatem głosowym w języku polskim. | TAK |  |
| 1. System rozpoznawania podłączonych narzędzi. Automatyczne przywoływanie trybów pracy i nastaw dla podłączonego narzędzia. | TAK |  |
| 1. Urządzenie wyposażone w cztery wyjścia uniwersalne umożliwiające podłączenie akcesoriów mono lub bipolarnych z systemem rozpoznawania narzędzi | TAK |  |
| 1. Możliwość regulacji głośności sygnałów aktywacji – min. 8 poziomów (bez możliwości całkowitego wyciszenia) | TAK |  |
| 1. Możliwość zapamiętania min. 100 programów i zapisania ich pod dowolną nazwą. | TAK |  |
| 1. Sygnalizacja akustyczna i wizualna aktualnego trybu pracy | TAK |  |
| 1. Aktywacja funkcji monopolarnych włącznikiem nożnym lub z uchwytu elektrody czynnej | TAK |  |
| 1. Funkcja ograniczenia czasu aktywacji trybów mono i bipolarnych z możliwością regulacji czasu | TAK |  |
| 1. 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 |  |
| 1. Zdalna zmiana programów za pomocą trzeciego przycisku włącznika nożnego | TAK |  |
| 1. Możliwość zmiany parametrów pracy za pomocą trzeciego przycisku włącznika nożnego | TAK |  |
| 1. Urządzenie umożliwiające pracę z bezprzewodowym (radiowym) włącznikiem nożnym | TAK |  |
| 1. Aparat na wózku wyposażonym w platformę jezdną z blokadą kół, z zamykaną szafką na 2 butle argonowe 10 l | TAK |  |
| **Parametry pracy urządzenia** |  |  |
| 1. Cięcie monopolarne z mocą 350W | TAK |  |
| 1. Min. 8 rodzajów cięcia monopolarnego w tym cięcia specjalistyczne do zabiegów polipektomii, papillotomi, cięcie specjalistyczne urologiczne oraz artroskopowe umożliwiające pracę w środowisku płynu | TAK |  |
| 1. Minimum 8 efektów w każdym z dostępnych trybów cięcia | TAK |  |
| 1. Koagulacja monopolarna kontaktowa z mocą 200W | TAK |  |
| 1. Min. 4 rodzaje koagulacji monopolarnej standardowej w tym koagulacja miękka, forsowna, bezkontaktowa (spray), | TAK |  |
| 1. Minimum 8 efektów koagulacji dostępnych dla każdego z wymaganych trybów koagulacji monopolarnej kontaktowej | TAK |  |
| 1. Koagulacja bipolarna z mocą 120W | TAK |  |
| 1. Minimum trzy rodzaje koagulacji bipolarnej w tym tryby specjalistyczne przeznaczone do zabiegów urologicznych i artroskopowych | TAK |  |
| 1. Minimum 8 efektów dostępnych dla każdego trybu koagulacji bipolarnej | TAK |  |
| 1. Opcja automatycznego startu i zakończenia koagulacji bipolarnej dostępna w min. jednym z trybów. | TAK |  |
| 1. Minimum trzy rodzaje cięcia bipolarnego w tym tryby cięcia specjalistycznego do urologii i artroskopii umożliwiające pracę w środowisku płynu | TAK |  |
| 1. Minimum 8 efektów dostępnych w każdym z trybów cięcia bipolarnego | TAK |  |
| 1. Tryb bipolarnego zamykania dużych naczyń krwionośnych z mocą 300W | TAK |  |
| 1. Minimum 8 poziomów intensywności pracy w trybie zamykania naczyń krwionośnych | TAK |  |
| 1. Automatyczne rozpoznawanie podłączonych narzędzi wraz z automatycznym przywołaniem trybów pracy i nastaw właściwych dla podłączonego instrumentu | TAK |  |
| 1. Automatyczne zakończenie aktywacji po zakończonym cyklu | TAK |  |
| 1. Potwierdzenie poprawnego zakończenia cyklu scalania komunikatem na ekranie oraz sygnałem dźwiękowym | TAK |  |
| **Wyposażenie** |  |  |
| 1. Włącznik nożny bezprzewodowy, 2-przyciskowy, z dodatkowym przełącznikiem umożliwiający zdalną zmianę programów **– 1 szt.** | TAK |  |
| 1. 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, powierzchnia przewodząca 110cm2, bez ograniczenia mocy maksymalnej, pakowane po 50szt **– 2 szt.**. | TAK |  |
| 1. Kabel elektrod jednorazowych dł. 5m **– 2 szt**. | TAK |  |
| 1. Uchwyt elektrody monopolarnej 4mm, z przyciskami do aktywacji cięcia i koagulacji, z nierozłącznym kablem o dł. min. 4m, przystosowany do systemu rozpoznawania narzędzi. Przeznaczony do min. 300 cykli sterylizacji **– 6 szt.** | TAK |  |
| 1. Elektrody monopolarne wielorazowe do cięcia i koagulacji. Kompatybilne z uchwytem 4mm:   - kulka 4mm **– 1 szt.**  - kulka 4mm **– 1 szt.**  - nóż prosty dł. ok 100mm **– 2 szt.**  - nóż prosty , dł. ok. 25mm **– 6 szt.** | TAK |  |
| 1. Szczypce do koagulacji bipolarnej, wielorazowe, bagnetowe długość ok. 190mm, końcówka 2mm **– 1 szt.**   Szczypce do koagulacji bipolarnej, wielorazowe, bagnetowe długość ok. 190mm, końcówka 1 mm **– 1 szt.** | TAK |  |
| 1. Kabel do instrumentów bipolarnych, wielorazowy, kątowy długość 3m, kompatybilny z systemem rozpoznawania narzędzi **- 2szt.** | TAK |  |
| 1. Klemy do zamykania dużych naczyń krwionośnych, końcówka zagięta, długość ok. 23cm, przeznaczone do wielokrotnej sterylizacji **– 2 szt.** | TAK |  |
| 1. Kabel do klem bipolarnych, wielorazowy, długość 3m, kompatybilny z systemem rozpoznawania narzędzi **– 2 szt.** | TAK |  |
| 1. Laparoskopowy instrument do koagulacji bipolarnej oraz zamykania naczyń, z rączką dł. 350mm, z nierozłącznym kablem dł. min. 3m kompatybilny z systemem rozpoznawania narzędzi. Przeznaczony do wielokrotnej sterylizacji **– 2 szt.** | TAK |  |
| 1. Wielorazowy wkład od instrumentu laparoskopowego, typ Maryland, dł. 350mm **–1 szt.**   Wielorazowy wkład od instrumentu laparoskopowego, typ Grasper, okienkowy, zakrzywiony, dł. 350mm **–1 szt** | TAK |  |
| 1. Rurka zewnętrzna, wielorazowa do bipolarnego instrumentu laparoskopowego dł. 340mm. | TAK |  |
| 1. Kabel monopolarny do narzędzi laparoskopowych 4mm dł. 3m. **- 1szt** | TAK |  |
| 1. Kabel uziemiający giętki 5m. **– 1 szt**. | TAK |  |
| 1. Czyściki narzędzi, przyklejany, jednorazowy pakowany po 100szt **– 1 szt.** |  |  |
| 1. Wózek wyposażony w cztery kółka, z rączką , z zamykaną szafką na butle argonowe 10-litrowe. Wyposażony w półkę na włącznik nożny oraz koszyk na akcesoria. | TAK |  |
| 1. Materiały informacyjne (folder, prospekt) oferowanego urządzenia, potwierdzających spełnienie wymaganych parametrów technicznych zgodnie z opisem niniejszej siwz , dokumenty dopuszczające do obrotu zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - załączyć do oferty na wezwanie | TAK |  |
| 1. **Wideogastroskop HD – 1 kpl**   **Producent/Kraj:………………………………………………………………………..**  **Marka i typ:……………………………………………………………………………….**  **Rok produkcji:……………………………………………………………………………** | | |
| 1. Kąt obserwacji 1400 | TAK |  |
| 1. Głębia ostrości min 3-100 mm | TAK |  |
| 1. Średnica zewnętrzna wziernika: max 9,0 mm | TAK |  |
| 1. Długość robocza min 1050 mm | TAK |  |
| 1. Średnica zewnętrzna końcówki endoskopu: max 9,0 mm | TAK |  |
| 1. Średnica kanału roboczego: min 2,8 mm | TAK |  |
| 1. Kąt zagięcia końcówki endoskopu:   -w górę. 2100  -w dół. 900  -w lewo .1000  -w prawo 1000 | TAK |  |
| 1. Aparat musi być kompatybilny z procesorem obrazu EPX-2500HD będącym na wyposażeniu pracowni Zamawiającego | TAK |  |
| 1. Materiały informacyjne (folder, prospekt) oferowanego urządzenia, potwierdzających spełnienie wymaganych parametrów technicznych zgodnie z opisem niniejszej siwz , dokumenty dopuszczające do obrotu zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - załączyć do oferty na wezwanie. | TAK |  |
| 1. **Pompa infuzyjna dwustrzykawkowa –1 kpl**   **Producent/Kraj:………………………………………………………………………..**  **Marka i typ:……………………………………………………………………………….**  **Rok produkcji:……………………………………………………………………………** | | |
| 1. Dwustrzykawkowy zestaw pomp z możliwością rozłączenia na dwie niezależnie działające pompy | TAK |  |
| 1. Zasilanie zestawu 2 pomp za pomocą pojedynczego, typowego przewodu sieciowego | TAK |  |
| 1. Stosowanie strzykawek 5, 10, 20, 30, 50 ml. Podać typ i producenta | TAK |  |
| 1. Wysokość pompy zapewniająca wygodną obsługę do 8 pomp, zamocowanych jedna nad drugą - maks 12 cm | TAK |  |
| 1. Strzykawki montowane od czoła a nie od góry pompy. | TAK |  |
| 1. Ramię pompy nie wychodzące poza obudowę pompy. | TAK |  |
| 1. Szybkość dozowania w zakresie 0,1-1800 ml/h | TAK |  |
| 1. Szybkość dozowania Bolus-a do 2000 ml/h | TAK |  |
| 1. Bolus manualny i automatyczny | TAK |  |
| 1. Programowanie parametrów podaży Bolus-a:   - objętość / dawka  - czas lub szybkość podaży | TAK |  |
| 1. Zmiana parametrów Bolus-a bez wstrzymywania infuzji | TAK |  |
| 1. Możliwość programowania podaży dawki indukcyjnej:   - objętość / dawka  - czas lub szybkość podaży | TAK |  |
| 1. Programowanie parametrów infuzji w jednostkach:   - ng, μg, mg,  - μU, mU, U, kU,  - jednostki molowe  - na kg wagi ciała lub nie,  - na min, godz. dobę. | TAK |  |
| 1. Klawiatura numeryczna do wprowadzania wartości parametrów infuzji | TAK |  |
| 1. Biblioteka leków – możliwość zapisania w pompie procedur dozowania leków złożonych z:   - nazwy leku  - koncentracji leku  - szybkości dozowania (dawkowanie)  - całkowitej objętości (dawki) infuzji  - parametrów bolusa (objętości / dawki i czasu podaży)  - parametrów dawki indukcyjnej (jak dla bolusa)  - Pojemność biblioteki co najmniej 120 leków | TAK |  |
| 1. Możliwość programowania biblioteki leków bezpośrednio z klawiatury pompy (bez konieczności stosowania zewnętrznego urządzenia) | TAK |  |
| 1. Dostępność oprogramowania komputerowego do tworzenia i przesyłania do pompy biblioteki leków (pod systemem Windows) | TAK |  |
| 1. Regulowane progi ciśnienia w zakresie od 50 do 1000 mm Hg , min. 10 poziomów okluzji | TAK |  |
| 1. Zmiana progu ciśnienia okluzji bez przerywania infuzji. | TAK |  |
| 1. Automatyczna redukcja bolusa okluzyjnego. | TAK |  |
| 1. Rozbudowany system alarmów:   - 5 min do opróżnienia strzykawki  - pusta strzykawka  - 5 min do końca infuzji  - koniec infuzji  - nieprawidłowe mocowanie strzykawki  - okluzja  - 30 min do rozładowania akumulatora  - akumulator rozładowany  - pompa uszkodzona | TAK |  |
| 1. Historia obejmująca 2000 wpisów z datą i godziną zdarzenia | TAK |  |
| 1. Czas pracy z akumulatora min. 20 h przy infuzji 5ml/h | TAK |  |
| 1. Czas ładowania akumulatora do 100% po pełnym rozładowaniu - poniżej 5 h | TAK |  |
| 1. Mocowanie pojedynczej pompy do statywów oraz stacji dokujących nie wymaga odłączania lub dołączania uchwytu mocującego lub jakichkolwiek innych części. | TAK |  |
| 1. Uchwyt do przenoszenia pompy nie wymagający odłączania przy mocowaniu pomp w stacjach dokujących. | TAK |  |
| 1. Możliwość instalacji pompy w stacji dokującej:   - mocowanie z automatyczną blokadą, bez konieczności przykręcania.  - alarm nieprawidłowego mocowania.  - pompy mocowane niezależnie, jedna nad drugą,  - automatyczne przyłączenie zasilania ze stacji dokującej,  - automatyczne przyłączenie portu komunikacyjnego ze stacji dokującej, | TAK |  |
| 1. Możliwość komunikacji pomp umieszczonych w stacjach dokujących poprzez sieć LAN z oprogramowaniem zewnętrznym, służącym do:   - podglądu przebiegu infuzji dla każdej pompy w formie graficznego wykresu (trendu),  - podglądu parametrów infuzji dla każdej pompy,  - prezentacji alarmów w pompach oraz wyświetlania ich przyczyny,  - archiwizacji informacji o przeprowadzonych infuzjach**.** | TAK |  |
| 1. Zasilanie pomp mocowanych poza stacją dokującą bezpośrednio z sieci energetycznej – niedopuszczalny jest zasilacz zewnętrzny. | TAK |  |
| 1. Czytelny wyświetlacz z możliwością wyświetlenia następujących informacji jednocześnie: nazwa leku, dawka, prędkość infuzji, , stan naładowania akumulatora, aktualne ciśnienie w drenie, stan infuzji (w toku lub zatrzymana). | TAK |  |
| 1. Napisy na wyświetlaczu w języku polskim | TAK |  |
| 1. Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 1. Waga pojedynczej pompy do 2,5 kg | TAK |  |
| 1. Zasilanie 230 V AC, 50 Hz +10% , -15% oraz 12 V DC | TAK |  |
| 1. W skład zestawy wchodzi   - Statyw do pomp  - Stabilna konstrukcja zapewnia wygodne i bezpieczne mocowanie stacji dokujących i pomp  - Umożliwia bezpieczny transport zestawów infuzyjnych  - Wymiary w mm (szer./wys./gł.) 480 x 1560 x 530 (+-5mm)  - Waga w kg max 15  - Maksymalne obciążenie w kg 35 | TAK |  |
| 1. Materiały informacyjne (folder, prospekt) oferowanego urządzenia, potwierdzających spełnienie wymaganych parametrów technicznych zgodnie z opisem niniejszej siwz , dokumenty dopuszczające do obrotu zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - załączyć do oferty na wezwanie. | TAK |  |
| 1. **Ssak elektryczny jezdny – 1 kpl**   **Producent/Kraj:………………………………………………………………………..**  **Marka i typ:……………………………………………………………………………….**  **Rok produkcji:……………………………………………………………………………** | | |
| 1. Pompa próżniowa bezolejowa | TAK |  |
| 1. Obudowa z tworzywa sztucznego wzmacniana włóknem szklanym | TAK |  |
| 1. Poziom podciśnienia maksymalny min. 92 kPa -0,092 MPa | TAK |  |
| 1. Ustawianie poziomu podciśnienia za pomocą zaworu. | TAK |  |
| 1. Zawór bezpieczeństwa chroniący przed nadmiernym ssaniem w pokrywie butli | TAK |  |
| 1. Możliwość obsługi za pomocą sterownika nożnego - opcja | TAK |  |
| 1. Posiada filtr antybakteryjny | TAK |  |
| 1. Zbiorniki z poliwęglanu o pojemności 2 litry – 1 sztuki przystosowane w wkładów jednorazowych z metalowymi pokrywami | TAK |  |
| 1. Posiada przewód silikonowy pacjenta | TAK |  |
| 1. Zasilanie 230 V 50/60 Hz | TAK |  |
| 1. Wydajność maksymalna min. 45 l / min powietrza | TAK |  |
| 1. Maksymalna waga ssak po zdjęciu z wózka do 10 kg | TAK |  |
| 1. Możliwość rozbudowy ssaka o system drenażu z opłucnej w zakresie do 40 cm słupa wody – opcja | TAK |  |
| 1. Możliwość rozbudowy ssaka o zbiorniki 1 litrowe, 4 litrowe i 5 litrowe - opcja | TAK |  |
| 1. Wyposażony w wózek jezdny z koszem na 4 kołach, minimum 2 koła z hamulcami | TAK |  |
| 1. Głośność do 45dB | TAK |  |
| 1. Materiały informacyjne (folder, prospekt) oferowanego urządzenia, potwierdzających spełnienie wymaganych parametrów technicznych zgodnie z opisem niniejszej siwz , dokumenty dopuszczające do obrotu zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - załączyć do oferty na wezwanie. | TAK |  |
| 1. **Stół zabiegowy – 1 kpl**   **Producent/Kraj:………………………………………………………………………..**  **Marka i typ:……………………………………………………………………………….**  **Rok produkcji:……………………………………………………………………………** | | |
| 1. Konstrukcja wykonana z profili stalowych pokrytych lakierem proszkowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne | Tak |  |
| 1. Cztery segmenty leża tapicerowane bezszwowo | Tak |  |
| 1. Hydrauliczna regulacja wysokości leża za pomocą dźwigni nożnej | Tak |  |
| 1. Bezstopniowa regulacja oparcia pleców dokonywana mechanizmem dociskowym | Tak |  |
| 1. Pozycja Trendelenburga i anty-Trendelenburga wspomagana sprężyną gazową | Tak |  |
| 1. Szyna ze stali nierdzewnej do mocowania wyposażenia dodatkowego | Tak |  |
| 1. Rolka na prześcieradło jednorazowego użytku | Tak |  |
| 1. Szerokość stołu 650 mm ( ± 10 mm) | Tak |  |
| 1. Długość 1950 ( ± 50 mm) | Tak |  |
| 1. Regulacja wysokości leża min 760 – 1060 mm | Tak |  |
| 1. Kąt przechyłu anty-Trendelenburga min. 0 - 10° | Tak |  |
| 1. Kąt przechyłu Trendelenburga min. 0 - 15° | Tak |  |
| 1. Kąt odchylenia oparcia pleców min 0 - 75° | Tak |  |
| 1. Kąt odchylenia siedziska min. 0 - 15° | Tak |  |
| 1. Koła jezdne | Tak |  |
| 1. Kolor tapicerki do uzgodnienia po podpisaniu umowy | Tak |  |
| 1. Materiały informacyjne (folder, prospekt) oferowanego urządzenia, potwierdzających spełnienie wymaganych parametrów technicznych zgodnie z opisem niniejszej siwz , dokumenty dopuszczające do obrotu zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - załączyć do oferty na wezwanie. | Tak |  |
| **Wymagania dodatkowe** | | |
| 1. Termin dostawy, montażu, instalacji i uruchomienie sprzętu max 42 dni od daty podpisania umowy. |  |  |
| **Warunki gwarancji i serwisu gwarancyjnego** |  |  |
| 1. Wymagana minimalna gwarancja liczone od daty podpisania przez strony protokołu zdawczo-odbiorczego winna wynosić: min. 36 miesięcy | TAK, podać |  |
| 1. Wykonawca gwarantuje bezpłatne przeglądy serwisowe w okresie obowiązywania gwarancji z częstotliwością wymaganą przez producenta jednak nie rzadziej niż jeden raz w roku. Termin ostatniego przeglądu – w ostatnim miesiącu obowiązywania gwarancji | TAK, podać ilość przeglądów |  |
| 1. Sposób przyjmowania zgłoszeń o awariach w okresie trwania umowy gwarancyjnej i w okresie pogwarancyjnym | Tak, podać |  |
| 1. Serwis producenta lub autoryzowanych przedstawicieli na zaoferowane urządzenia, podać nazwę serwisu, adres dla każdego urządzenia (dołączyć do oferty na wezwanie), | Tak, podać |  |
| 1. Czas reakcji serwisu na awarię (rozumiane jako podjęcie działań serwisu także zdalne) [godz. W dni robocze] | ≤ 24 godz., podać |  |
| 1. Czas na usunięcie awarii (rozumiane jako przywrócenie pierwotnej funkcjonalności) [dni robocze] | ≤ 3 dni, podać |  |
| 1. Instrukcje obsługi w języku polskim do wszystkich urządzeń w formie elektronicznej na CD lub wersja papierowa – przy dostawie | TAK |  |
| 1. Szkolenia użytkowników w zakresie w zakresie obsługi, użytkowania, konserwacji i prawidłowej eksploatacji urządzeń, udokumentowane stosownymi uwagami w protokole zdawczo odbiorczym | TAK |  |
| 1. W przypadku konieczności naprawy sprzętu dłuższej **niż 7** dni roboczych– wykonawca zobowiązuje się dostarczyć i uruchomić nieodpłatnie sprzęt zastępczy o parametrach nie gorszych, który posiada wszystkie aktualne dokumenty umożliwiające eksploatację z dniem dostarczenia. | TAK |  |
| 1. Wykonawca zobowiązany będzie w terminie do 30 dni po trzeciej naprawie gwarancyjnej tego samego podzespołu (elementu) wymienić ten podzespół (element) na nowy, o parametrach nie gorszych niż zawarte w SIWZ | TAK |  |
| 1. Gwarancja produkcji lub dostępności części zamiennych przez co najmniej **7 lat,** |  |  |

Oświadczam, że oferowany w przetargu asortyment jest fabrycznie nowy, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez konieczności jakichkolwiek dodatkowych zakupów i inwestycji.

Oświadczam, że wszystkie podane wyżej informacje są zgodne z prawdą. Na żądanie Zamawiającego w celu potwierdzenie spełnienia wyżej wymienionych parametrów dostarczę dokumentacje techniczną. Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu karnego

Niespełnienie warunku wymaganego, brak wpisu w kolumnie „Oferowane parametry/warunki” będzie skutkowało odrzuceniem oferty.

podpis osoby upoważnionej (Oferenta) ....................................