PARAMETRY TECHNICZNE (Część 1: Aparat elektrochirurgiczny)

Przedmiot zamówienia**:**

Nazwa urządzenia: **……..……...…….**

Opis urządzenia: **……...……..**

Ilość: **1 szt.**

Rok produkcji: **2017, fabrycznie nowy, nie powystawowy, nie używany**

Lp.	Paramenty techniczne	Wymagania graniczne	Odpowiedź Wykonawcy POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
	Dane techniczne		
1.	Urządzenie umożliwiające pracę monopolarną i bipolarną	TAK	
2.	Urządzenie umożliwiające rozbudowę funkcje argonowe bez zakupu dodatkowych przystawek do diatermii.	TAK	
3.	Zasilanie elektryczne urządzenia: 230V 50Hz.	TAK	
4.	Podstawowa częstotliwość pracy generatora 333kHz +/- 10%	TAK	
5.	Aparat z zabezpieczeniem przed impulsem defibrylacji	TAK	
6.	Zabezpieczenie przeciwporażeniowe, Klasa I CF	TAK	
7.	Zabezpieczenie przed przeciążeniem aparatu z aktywnym pomiarem temperatury kluczowych elementów	TAK	
8.	Automatyczny test urządzenia po uruchomieniu.	TAK	
9.	Komunikacja z urządzeniem za pomocą ekranu dotykowego.	TAK	

.....

(podpis)

10.	Czytelny ciekłokrystaliczny wyświetlacz parametrów pracy	TAK	
11.	Możliwość regulacji jasności ekranu	TAK	
12.	Komunikacja w języku polskim.	TAK	
13.	System kontroli aplikacji elektrody neutralnej dwudzielnej. Stała kontrola aplikacji elektrody podczas trwania całego zabiegu. Wyświetlacz poprawnego podłączenia elektrody neutralnej. Możliwość wyboru elektrody neutralnej	TAK	
14.	Zła aplikacja elektrody neutralnej dwudzielnej sygnalizowania alarmem, komunikatem na ekranie oraz komunikatem głosowym w języku polskim.	TAK	
15.	System rozpoznawania podłączonych narzędzi. Automatyczne przywoływanie trybów pracy i nastaw dla podłączonego narzędzia.	TAK	
16.	Urządzenie wyposażone w minimum 2 wyjścia uniwersalne umożliwiające podłączenie akcesoriów mono lub bipolarnych z systemem rozpoznawania narzędzi	TAK	
17.	Możliwość regulacji głośności sygnałów aktywacji – min. 8 poziomów (bez możliwości całkowitego wyciszenia)	TAK	
18.	Sygnalizacja akustyczna i wizualna aktualnego trybu pracy	TAK	
19.	Aktywacja funkcji monopolarnych włącznikiem nożnym lub z uchwytu elektrody czynnej	TAK	
20.	Funkcja ograniczenia czasu aktywacji trybów mono i bipolarnych z możliwością regulacji	TAK	
21.	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	
22.	Urządzenie umożliwiające pracę z bezprzewodowym (radiowym) włącznikiem nożnym	TAK	
	Parametry pracy urządzenia		

.....

(podpis)

1.	Cięcie monopolarne z mocą 350W +/- 10%	TAK	
2.	Min. 8 rodzajów cięcia monopolarnego w tym cięcie specjalistyczne artroskopowe umożliwiające pracę w środowisku płynu	TAK	
3.	Minimum 8 efektów w każdym z dostępnych trybów cięcia	TAK	
4.	Koagulacja monopolarna kontaktowa z mocą do 200W	TAK	
5.	Min. 4 rodzaje koagulacji monopolarnej standardowej w tym koagulacja miękka, forsowna, bezkontaktowa (spray)	TAK	
6.	Min. 8 efektów koagulacji dostępnych dla każdego z wymaganych trybów koagulacji monopolarnej kontaktowej	TAK	
7.	Koagulacja bipolarna z mocą 120W	TAK	
8.	Min. cztery rodzaje koagulacji bipolarnej	TAK	
9.	Specjalny tryb cięcia bipolarnego w środowisku płynu przeznaczony do zabiegów artroskopowych	TAK	
10.	Specjalny tryb koagulacji bipolarnej w środowisku płynu przeznaczony do zabiegów artroskopowych	TAK	
11.	Możliwość współpracy z bipolarnymi wielorazowymi elektrodami waporyzacyjnymi.	TAK	
12.	Możliwość współpracy z instrumentami przystosowanymi do systemu rozpoznawania narzędzi	TAK	
13.	Min. 8 efektów dostępnych w trybie koagulacji bipolarnej	TAK	
14.	Opcja automatycznego startu i zakończenia koagulacji bipolarnej dostępna w min. jednym z trybów.	TAK	
15.	Min. trzy rodzaje cięcia bipolarnego w tym tryb cięcia specjalistycznego do artroskopii umożliwiające pracę w środowisku płynu	TAK	
16.	Min. 8 efektów dostępnych w każdym z trybów cięcia bipolarnego	TAK	
	Wyposażenie		
1.	Włącznik nożny dwuprzyciskowy – 1szt.	TAK	

.....

(podpis)

2.	Kabel elektrod jednorazowych dł. min 3m – 5 szt.	TAK	
3.	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. 200 cykli sterylizacji - 15 szt.	TAK	
4.	Elektrody monopolarne wielorazowe do cięcia i koagulacji. Kompatybilne z uchwytem 4mm: - nóż prosty dł. 25 mm - 30 mm - 10 szt - nóż prosty dł. 100 mm - 110 mm - 10 szt - kulaprosta o średnicy 5 - 6 mm - 1 szt - kula katowa o średnicy 3 - 4 mm - 1 szt	TAK	
5.	Kabel do instrumentów bipolarnych, wielorazowy, długość min. 3m, kompatybilny z systemem rozpoznawania narzędzi – 1 szt.	TAK	
6.	Szczypce do koagulacji bipolarnej, wielorazowe: - proste, długość 150-170mm, końcówka 1 mm - 1 szt. - proste, długość 190 - 200mm , końcówka tępa 2mm - 1 szt.	TAK	
7.	Elektroda bipolarna artroskopowa, dł. 110-120mm, zagięta pod kątem 90° , 1,5x4mm, z nierozłącznym kablem min. 3m kompatybilnym z systemem rozpoznawania narzędzi – 1 szt.	TAK	
8.	Elektroda neutralna wielorazowa silikonowa – 1szt.	TAK	
	Pozostałe		
1.	Oświadczenie dotyczące autoryzacji serwisu wystawione przez producenta na terenie Polski	TAK	
2.	Paszport techniczny urządzenia	TAK	
3.	Certyfikat CE	TAK	

.....

(podpis)

4.	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostawa z aparatem) i pełne oprogramowanie na płycie CD (jeśli dotyczy)	TAK	
5.	Szkolenie personelu obsługi oraz personelu technicznego, w terminie wyznaczonym przez użytkownika (w cenie dostawy)	TAK	
6.	Okres gwarancji min. 24 miesięcy. Bezpłatne przeglądy w okresie gwarancyjnym zgodnie w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z bezpłatną wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną, ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji.	TAK – Zgodnie z Formularzem oferty	
7.	Najbliższy serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie RP (wykaz punktów serwisowych dołączyć przy dostawie)	TAK, **podać**	
8.	Gwarancja dostępności części zużywalnych, zamiennych oraz serwisu pogwarancyjnego min. 10 lat od daty dostawy	TAK	
9.	Instalacja urządzenia w miejscu wskazanym przez Zamawiającego	TAK	
10.	Trzykrotna naprawa tego samego podzespołu / części - bezpłatna wymiana na nową		
11.	Czas reakcji serwisu: „przyjęte zgłoszenie – podjęta naprawa” nie więcej niż 48 h	TAK	

.....

(podpis)