OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA *(część 10 zamówienia)*

Wieża artroskopowa
Nazwa producenta: ……
Nazwa i typ: .....
Rok produkcji: nie wcześniej niż 2019 r.
Ilość: 1 sztuka
Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.
Wykonawca gwarantuje niniejszym, że sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji: nie wcześniej niż 2019), nieużywany, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów. Żaden aparat ani jego część składowa, wyposażenie, etc. nie jest sprzętem rekondycjonowanym, powystawowym i nie był wykorzystywany wcześniej przez innego użytkownika

LP.	OPIS PARAMETRU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
1	2	3	4
1.	Połączony system kamery rozdzielczości 4K UHD, źródło światła LED i system zarządzania obrazem (system dokumentacji medycznej) - 1szt	**Tak, podać**	
2.	Konsola kamery, źródła światła oraz archiwizatora medycznego połączona w jednej obudowie typu 3 w 1	**Tak, podać**	
3.	Źródło Światła LED:	**Tak, podać**	
4.	Technologia: LED (zimne źródło światła)	**Tak, podać**	
5.	Gwarantowana żywotność: min.30 000 godzin pracy (7-letnia gwarancja)	**Tak, podać**	
6.	Strumień świetlny odpowiadający mocy źródła Xenon min. 380W	**Tak, podać**	
7.	Wyjście światła /strumień świetlny: min.1800 lumenów	**Tak, podać**	
8.	Temperatura barwowa: 5.500 - 8.500 K nominalna	**Tak, podać**	
9.	Wskaźnik oddawania barw: min. 70 CRI	**Tak, podać**	
10.	Automatyczna regulacja strumienia świetlnego: zsynchronizowana szerokość impulsu z modulacją strumienia świetlnego	**Tak, podać**	
11.	Głowica obrotowa światłowodu do podłączenia światłowodów różnych producentów typu: ACMI Standard, Storz, Wolf i Olympus.	**Tak, podać**	
12.	Przycisk źródła światła "On / Standby" (gotowy do użycia w <1 sek.)	**Tak, podać**	
13.	Sterownik kamery 4K:	**Tak, podać**	

.....
podpis osoby (osób) upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

LP.	OPIS PARAMETRU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
14.	Rozdzielczość sterownika kamery 4K UHD min:3840 x 2160px	**Tak, podać**	
15.	Zastosowany typ części CF(cardiac floating), odporne na defibrylację	**Tak, podać**	
16.	Przycisk balansu bieli na urządzeniu	**Tak, podać**	
17.	Odbicie lustrzane obrazu lub obrót obrazu	**Tak, podać**	
18.	Wyjścia wideo min: 2xDisplayPort1.2, 4x3G-SDI, 2xDVI-D	**Tak, podać**	
19.	Wejście wideo: 1 x DVI-D	**Tak, podać**	
20.	Funkcja Picture in Picture PiP	**Tak, podać**	
21.	Funkcja streamingu na żywo obrazu z kamery za pomocą wbudowanego modułu Wi-Fi łącznie z przesyłam audio ze zdalnym dostępem przez przeglądarkę internetową w oparciu o IP, streaming chroniony hasłem	**Tak, podać**	
22.	2x mini-jack (gniazda sterujące pozwalające na sterowanie konsolą za pomocą przełącznika nożnego lub urządzenia zewnętrznego, oraz sterowanie przez zespół sterujący kamery urządzeniami zewnętrznymi za pomocą przycisków na głowicy kamery)	**Tak, podać**	
23.	1x audio IN, 1x audio OUT,	**Tak, podać**	
24.	2x gniazdo USB 2.0, 2x gniazdo USB 3.0	**Tak, podać**	
25.	Złącze Ethernet – izolowane 10/100 MB/s	**Tak, podać**	
26.	Złącze wyrównywania potencjałów POAG	**Tak, podać**	
27.	2 gniazda USB z przodu konsoli do podłączenia dysku zewnętrznego oraz iPada	**Tak, podać**	
28.	Złącze tabletu sterującego	**Tak, podać**	
29.	Częstotliwość odświeżania 59,94Hz	**Tak, podać**	
30.	Stosunek sygnału do szumu: min. 52dB dla 4K i min. 48dB dla HD	**Tak, podać**	
31.	Wbudowany router wi-fi pozwalający na wykorzystanie łączności bezprzewodowej	**Tak, podać**	

.....

podpis osoby (osób) upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

LP.	OPIS PARAMETRU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK", A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
32.	Predefiniowanie ustawień preferencji operatorów oraz predefiniowanie ustawień procedur medycznych, możliwość dowolnej zmiany ustawień w obrębie procedur oraz operatorów	**Tak, podać**	
33.	Skala wzmocnienia obrazu min. 6-stopniowa	**Tak, podać**	
34.	Możliwość podłączenia drukarki do zastosowań medycznych przez port USB	**Tak, podać**	
35.	Możliwość wyświetlania na ekranie endoskopowym parametrów pracy ustawionych i aktualnych takich urządzeń jak: shaver, pompa, wporyzator, insuflator oraz okony nagrywania filmy oraz licznik zrobionych zdjęć	**Tak, podać**	
36.	Archiwizator medyczny	**Tak, podać**	
37.	Pojemność pamięci wew. dysku SSD min. 120 GB, przechwytywanie obrazu według standardowych formatów: JPG, BMP, RAW PDF. Rejestracja filmów m.in. w formacie HD MPEG 4	**Tak, podać**	
38.	Wewnętrzna archiwizacja danych z możliwością podania danych operatora, placówki, rodzaju zabiegu i pacjenta (imię, nazwisko, płeć, numer identyfikacyjny, data urodzenia).	**Tak, podać**	
39.	Sterowanie z głowicy kamery oraz tabletu sterującego	**Tak, podać**	
40.	Możliwość wykonania adnotacji do zdjęć po zakończeniu zabiegu	**Tak, podać**	
41.	Równoległa dokumentacja dwóch źródeł wideo i audio	**Tak, podać**	
42.	Możliwość ręcznego lub automatycznego exportu zarchiwizowanych zabiegów poprzez: Usb, iPad, serwer plików a zdjęcia dodatkowo w formacie PACS(DICOM) bez dodatkowego oprogramowania	**Tak, podać**	
43.	Możliwość przechowywania zabiegów na dysku urządzenia z możliwością wielokrotnego nagrania oraz z możliwością każdorazowego wyboru plików do archiwizacji	**Tak, podać**	
44.	Tablet sterujący z oprogramowaniem sterującym wraz z ruchomym ramieniem do zamocowania na kolumnie - 1szt	**Tak, podać**	
45.	Menu urządzenia i oprogramowania sterującego w języku polskim	**Tak, podać**	
46.	Przekątna ekranu min. 10 cali rozdzielczość min. 1920x1200px	**Tak, podać**	

.....

podpis osoby (osób) upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

LP.	OPIS PARAMETRU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
47.	Sterowanie za pomocą tabletu wszystkim funkcjami zintegrowanej konsoli	**Tak, podać**	
48.	Możliwość ustawienia profili chirurgów z parametrami charakterystycznymi jak: indywidualne ustawienia przycisków na głowicy kamery, jakość nagrywanych filmów i zdjęć, parametrów wydruku raportu po zabiegu, przypisanie chirurgowi zabiegów z określonymi ustawieniami zabiegu	**Tak, podać**	
49.	Możliwość ustawienia listy zabiegów wraz z ustawieniami dla każdego zabiegu takimi jak: jasność, zoom, ustawienia gamy kolorów, wzmocnienie, okno autowykrywania, kontrast, ustawienia źródła światła	**Tak, podać**	
50.	Możliwość śródoperacyjnej zmiany parametrów z poziomu tabletu : funkcje przycisków głowicy kamery, jasność, zoom, ustawienia kolorów, kontrast, okno automatycznej ekspozycji, balans bieli, PIP, ustawienia drukowania	**Tak, podać**	
51.	Głowica kamery rozdzielczość 4k UHD 3840x2160px- 1szt	**Tak, podać**	
52.	Głowica wyposażona w przetwornik typu CMOS	**Tak, podać**	
53.	Skanowanie progresywne	**Tak, podać**	
54.	Format obrazu 16:9, częstotliwość odświeżania min. 59,94Hz	**Tak, podać**	
55.	Zoom cyfrowy min. 1,5x	**Tak, podać**	
56.	2 programowalne przyciski z możliwością zaprogramowania i zmiany śródoperacyjnej min. 14 funkcji	**Tak, podać**	
57.	Obudowa głowicy wykonana z tytanu, autoklawowalna i wodoodporna	**Tak, podać**	
58.	Zastosowany typ części CF do zastosowań w pobliżu serca	**Tak, podać**	
59.	Stosunek sygnału do szumu min. 50dB	**Tak, podać**	
60.	Waga głowicy nie większa niż 0,6 kg	**Tak, podać**	
61.	Głowica wyposażona w coupler ze standardowym podłączeniem do optyk z możliwością blokady obrotu optyki	**Tak, podać**	
62.	Monitor medyczny endoskopowy 4K 32 cale - 2szt	**Tak, podać**	
63.	Rozmiar monitora min. 32 cale	**Tak, podać**	
64.	Podświetlenie LED z czujnikiem automatycznej stabilizacji	**Tak, podać**	

.....

podpis osoby (osób) upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

LP.	OPIS PARAMETRU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
65.	Format obrazu 16:9	**Tak, podać**	
66.	Wielkość plamki max. 0,18mm	**Tak, podać**	
67.	Rozdzielczość ekranu: min. 3840x2160px	**Tak, podać**	
68.	Obsługa kolorów min. 1,073 miliarda kolorów (10bit)	**Tak, podać**	
69.	Kąt widzenia min. 178 stopni poziomo i pionowo	**Tak, podać**	
70.	Czas reakcji Matrycy LCD max. 9ms	**Tak, podać**	
71.	Jasność min. 550cd/m²	**Tak, podać**	
72.	Współczynnik kontrastu min. 1400:1	**Tak, podać**	
73.	Sterowanie za pomocą dotykowej klawiatury z włącznikiem	**Tak, podać**	
74.	Wejścia wideo: 1x DisplayPort 1.2, 1x DVI, 1x 3G-SDI	**Tak, podać**	
75.	Wyjście wideo: 1x 3G-SDI, 1xDVI	**Tak, podać**	
76.	Ochrona ekranu poprzez dwustronne, antyrefleksyjne szkło alkaliczno-glinokrzemianowe	**Tak, podać**	
77.	Waga monitora max. 13 kg	**Tak, podać**	
78.	Konsola do obsługi shavera - 1szt	**Tak, podać**	
79.	Wielofunkcyjna konsola napędu chirurgicznego do rękojeści shavera i napędów elektrycznych	**Tak, podać**	
80.	Możliwość podłączenia i obsługi dwóch urządzeń jednocześnie	**Tak, podać**	
81.	Automatyczne rozpoznawanie końcówki roboczej	**Tak, podać**	
82.	Możliwość podłączenia i sterowania jednym i dwoma pedałami jednocześnie	**Tak, podać**	
83.	3 tryby pracy oscylacyjnej wybierane na ekranie dotykowym: standardowy,efektywny, agresywny	**Tak, podać**	
84.	Możliwość wyświetlania parametrów pracy shavera na ekranie endoskopowym	**Tak, podać**	
85.	Sterowanie poprzez ekran dotykowy	**Tak, podać**	
86.	Paramtry pracy shavera : obroty prawo/lewo, min 8000 obr./min.; oscylacja min. 3000 obr./min.	**Tak, podać**	

.....

podpis osoby (osób) upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

LP.	OPIS PARAMETRU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK", A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
87.	Możliwość pracy w systemi zintegrowanej sali operacyjnej	**Tak, podać**	
88.	Sterowanie ręczne możliwe także z podłączonym przełącznikiem nożnym	**Tak, podać**	
89.	Rękojeść shavera - 3szt	**Tak, podać**	
90.	Rękojeść shavera ze zintegrowanym kablem sterująco-zasilającym	**Tak, podać**	
91.	Rękojeść autoklawowalna, pokryta materiałemPEEK	**Tak, podać**	
92.	Sterowanie przełącznikiem nożnym bądź zmetalowych przycisków na rękojeści	**Tak, podać**	
93.	Zatrzaskowe mocowanie ostrzy w min. dwóch pozycjach	**Tak, podać**	
94.	Obroty prawo/lewo: min.8000 obr./min, oscylacja: min.3000 osc/min.	**Tak, podać**	
95.	Możliwość indywidualnego doboru parametrów pracy w trybie oscylacji w zakresie ustawień: praca w trybie standard; praca w trybie efektywnym; praca w trybie agresywnym	**Tak, podać**	
96.	Możliwość zmiany prędkości obrotów oscylacji z rękojeści shavera za pomocą przycisków	**Tak, podać**	
97.	Regulacja ssania od 0 do 100%,	**Tak, podać**	
98.	Współpraca z gamą ostrzy jednorazowymi w tym z ostrzem wiercącym śr. 1,5 mm do leczenia uszkodzeń chrząstki stawowej metodą mikrozłamań.	**Tak, podać**	
99.	Współpraca uchwytu z ostrzam i frezami min. W zakresie 2,0 mm – 5,85 mm	**Tak, podać**	
100.	Długość kabla zasilającego min. 4,5m	**Tak, podać**	
101.	Możliwość odczepiania dźwigni regulujące ssanie celem dokładnego czyszczenia shavera	**Tak, podać**	
102.	Jednorazowe sterylne ostrze do shavera do tkanki miękkiej lub frez kostny do wyboru z katalogu - 50 szt	**Tak, podać**	
103.	Pompa artroskopowa dwurolkowa	**Tak, podać**	
104.	Intuicyjne sterowanie za pomocą ekranu dotykowego z wbudowanymi programami tematycznymi min. Staw barkowy, staw kolanowy, staw biodrowy, małe stawy	**Tak, podać**	
105.	Przepływ regulowany automatycznie do min. 1500ml/min.	**Tak, podać**	

.....

podpis osoby (osób) upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

LP.	OPIS PARAMETRU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
106.	Regulacja ciśnienia w zakresie 10-120 mmHg ze skokiem co 5 mmHg	**Tak, podać**	
107.	Monitorowanie ciśnienia i przepływu w czasie rzeczywistym	**Tak, podać**	
108.	Funkcja płukania i zwiększenia ciśnienia dla powstrzymania krwawienia, możliwość indywidualnego zaprogramowania funkcji typu „rinse” i funkcji typu „lavage”	**Tak, podać**	
109.	Współpraca z konsolą shavera poprzez automatyczny wzrost ciśnienia podczas użycia shavera w zakresie od 0 do 50% skokowo co 10%	**Tak, podać**	
110.	Funkcja płukania stawu poprzez zwiększenie ciśnienia programowane w zakresie od 0-50% co 5% i w czasie do 2 min.	**Tak, podać**	
111.	Mozliwość użycia sterownika nożnego dedykowanego lub łaczonego do pompy i shavera	**Tak, podać**	
112.	Możliwość wyświetlenia prametrów pracy pompy w czasie rzeczywistym na ekranie monitora endoskopowego	**Tak, podać**	
113.	Mozliwość użycia drenów jednorazowy lub drenów dobowych z drenami jednorazowymi pacjenta, oraz drenów odpływowych	**Tak, podać**	
114.	Możliwość regulacji odsysania oddzielnie dla shavera i kaniuli	**Tak, podać**	
115.	Współpraca z konsolą shavera i waporyzatorem poprzez dedykoany kabel, możliwość zaprogramowania rekacji pompy na pracę shavera i waporyzatora w trybie jedno i dwurolkowym	**Tak, podać**	
116.	Funkcja bezpieczeństwa przy zbyt dużym ciśnieniu w stawie	**Tak, podać**	
117.	Ustawianie odsysania na kaniuli min. 3 poziomy : w zakresie 50-200ml/min	**Tak, podać**	
118.	Ustawiania odsysania na shaverze min. 3 poziomy w zakresie 150-700ml/min	**Tak, podać**	
119.	Jednorazowy sterylny dren w torze napływu do pompy artroskopowej - 50 szt	**Tak, podać**	
120.	Jednorazowy sterylny dren w torze odpływu do pompy artroskopowej - 10 szt	**Tak, podać**	
121.	Konsola do waporyzacji bipolarnej - 1szt	**Tak, podać**	

.....

podpis osoby (osób) upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

LP.	OPIS PARAMETRU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK", A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
122.	System bipolarny (RF) do ablacji i koagulacji z mikroprocesorowym sterowaniem parametrami mocy wyjściowej	**Tak, podać**	
123.	Zastosowanie do procedur artroskopii: kolana, barku, biodra	**Tak, podać**	
124.	Sterowanie poprzez dotykowy ekran LCD	**Tak, podać**	
125.	Moc wyjściowa cięcia min. 390W	**Tak, podać**	
126.	Moc wyjściowa koagulacji min. 170W	**Tak, podać**	
127.	Praca w systemi bipolarnym	**Tak, podać**	
128.	Możliwość podłączeni sterownika nożnego	**Tak, podać**	
129.	Końcówka z funkcją detekcji optyki w pobliżu części dystalnej, automatycznie zmniejszająca moc, zabezpieczając optykę przed uszkodzeniem	**Tak, podać**	
130.	Dwuprzyciskowa, sterylna elektroda ablacyjno - koagulacyjna do procedur artroskopowych, sterowana za pomocą przycisków umieszczonych na jej obudowie cięcie, koagulacja i zmiana poziomu mocy lub ze sterownika nożnego	**Tak, podać**	
131.	Elektroda dostępna w wersji ze ssaniem	**Tak, podać**	
132.	Możliwość wyświetlenia prametrów pracy waporyzatora w czasie rzeczywistym na ekranie monitora endoskopowego	**Tak, podać**	
133.	Optyka artroskopowa 30º, śr. 4,0 mm, długość 152-154 mm, szeroki kąt, dedykowana do toru wizyjnego 4K – 3 szt.	**Tak, podać**	
134.	Płaszcz artroskopowy szybko przepływowy do optyki 4,0 mm z dwoma kranikami na złącza typu Luer. Płaszcz kompatybilny z optyką kąt 30 i 70 stopni. Płaszcz wraz z obturatorem ołówkowym wyposażonym w rączkę z materiału PEEK – 3kpl. Montaż optyki i obturatora z kaniulą zatrzaskowy z przyciskiem do rozłączania połączenia.	**Tak, podać**	
135.	Dedykowana kasety do sterylizacji oferowanej optyki z miejscem dla dwóch optyk w środku – 3szt	**Tak, podać**	
136.	Światłowód o średnicy 5 mm i długości 270-280 cm w przeźroczystej obudowie. Końcówka światłowodu wychodząca z konsoli źródła światła wzmocniona i zagięta kątowo. – 3szt	**Tak, podać**	
137.	Narzędzia artroskopowe -kpl	**Tak, podać**	

.....

podpis osoby (osób) upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

LP.	OPIS PARAMETRU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
138.	Narzędzie artroskopowe autoklawowalne typu: punch, obcinak do nitek, grasper, nożyczki, o średnicach szaftu od 2,75mm do 4,2mm, wyposażone w kanał z portem luer-lock w celu prawidłowego czyszczenia narzędzia.Do wyboru z katalogu producenta - 18 szt	**Tak, podać**	
139.	Narzędzie artroskopowe typu chaczyk wysokośc końcówki 3,4mm, długość szaftu 150 mm, z podziałką laserową co 5mm. Narzędzie zakończone ergonomiczną rączką - 3szt	**Tak, podać**	
140.	Narzędzie artroskopowe autoklawowalne typu poychacz do węzłów - 3szt	**Tak, podać**	
141.	Narzędzie artrokopowe autoklawowalne typu automatyczny przeszywacz barkowy do tkanek. Narzędzie wyposażone w ruchome szczęki do chwytania tkanek, w których nastepuje przeszycie tkanki ładowaną nitką #2 i automatyczne przejęcie szwu po przeszyciu przez zapadkę w górnej branszy narzędzia. Narzędzie ładowane sterylną jednorazową igłą, umozliwia załadowanie na raz dwóch końcówek nici i wykonanie dwóch przeszyć bez konieczności ponownego ładownia i opuszczania stawu - 1szt	**Tak, podać**	
142.	Igła jednorazowa sterylna do przeszywacza barkowego z możliwością ładowania dwóch nici na jeden raz - 5 szt	**Tak, podać**	
143.	Narzędzie artrokopowe autoklawowalne typu automatyczny przeszywacz kolanowy do tkanek. Narzędzie wyposażone w ruchome szczeki do chwytania tkanek, w których nastepuje przeszycie tkanki ładowaną nitką #2.0 i automatyczne przejęcie szwu po przeszyciu przez zapadkę w górnej branszy narzędzia. Końcówka robocza o niskim profilu i zakrzywiona do góry w celu przeszycia tylknego rogu łąkotki. Narzędzie ładowane sterylną jednorazową igłą - 1szt	**Tak, podać**	
144.	Igła jednorazowa sterylna do przeszywacza kolanowego - 5 szt	**Tak, podać**	
145.	Kaseta do sterylizacji i przechowywania narzędzi artroskopowych kolanowych wyposażona w min 15 slotów na narzędzia manualne- 2szt	**Tak, podać**	
146.	Kaseta do sterylizacji i przechowywania narzędzi artroskopowych barkowych wyposażona w sloty dla różnych narzędzi barkowych- 1szt	**Tak, podać**	

.....

podpis osoby (osób) upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

Lp.	GWARANCJA	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
1.	Okres pełnej, bez wyłączeń gwarancji dla wszystkich zaoferowanych elementów wraz z urządzeniami peryferyjnymi (jeśli dotyczy)[liczba miesięcy] UWAGA – należy podać pełną liczbę miesięcy. Zamawiający zastrzega, że okres rękojmi musi być równy okresowi gwarancji. max. okres gwarancji 5 lat.	**Tak**	
2.	Gwarancja dostępności części zamiennych [liczba lat] – min. 10 lat.	**Tak, podać**	
3.	Przedłużenie okresu gwarancji o każdy dzień, w czasie którego Zamawiający nie mógł korzystać w pełni sprawnego sprzętu.	**Tak**	
	WARUNKI SERWISU		
4.	W cenie oferty Wykonawca zobowiązuje się do zapewnienia przeglądów przez okres gwarancji w ramach zaoferowanej ceny, liczonych od daty bezusterkowego protokolarnego przekazania sprzętu, przy czym ostatni przegląd powinien odbyć się na miesiąc przed zakończeniem ww. okresu, przeglądy powinny się odbywać zgodnie z zaleceniami producenta, jednak nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy	**Tak**	
5.	Wszystkie czynności serwisowe, w tym podłączenie i uruchomienie sprzętu w miejscu wskazanym przez Zamawiającego oraz przeglądy konserwacyjne, w okresie gwarancji - w ramach wynagrodzenia umownego	**Tak**	
6.	Możliwość zgłoszeń 24h/dobę, 365 dni/rok	**Tak**	
7.	Wymiana każdego podzespołu na nowy po dwóch nieskutecznych próbach naprawy, jeżeli podzespół uległ uszkodzeniu po raz trzeci	**Tak**	
8.	Zakończenie działań serwisowych – do 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia awarii, a w przypadku konieczności importu części zamiennych, nie dłuższym niż 10 dni roboczych od dnia zgłoszenia awarii.	**Tak**	
9.	Struktura serwisowa gwarantująca realizację wymogów stawianych w niniejszej specyfikacji lub udokumentowana/uprawdopodobniona dokumentami możliwość gwarancji realizacji wymogów stawianych w niniejszej specyfikacji – należy podać wykaz serwisów i/lub serwisantów posiadających uprawnienia do obsługi serwisowej oferowanych urządzeń (należy podać dane teleadresowe, sposób kontaktu i liczbę osób serwisu własnego lub podwykonawcy posiadającego uprawnienia do tego typu działalności)	**Tak, podać**	
10.	Sprzęt/y będzie/będą pozbawione haseł, kodów, blokad serwisowych, itp., które po upływie gwarancji utrudniałyby Zamawiającemu dostęp do opcji serwisowych lub naprawę sprzętu/ów przez inny niż Wykonawca umowy podmiot, w przypadku nie korzystania przez zamawiającego z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy	**Tak, podać**	
	SZKOLENIA		

.....

podpis osoby (osób) upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

Lp.	GWARANCJA	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
11.	Szkolenie dla personelu medycznego – min. 10 osób i technicznego – min 2 osoby. Dodatkowe szkolenie dla personelu medycznego w przypadku wyrażenia takiej potrzeby przez personel medyczny – 5 osób i technicznego – 1 osoba	**Tak**	
12.	Instrukcje obsługi w języku polskim w formie elektronicznej i drukowanej (przekazane w momencie dostawy dla każdego egzemplarza.	**Tak**	
13.	Wykonawca w ramach dostawy sprzętu zobowiązuje się dostarczyć komplet akcesoriów, okablowania, itp. asortymentu niezbędnego do uruchomienia i funkcjonowania urządzenia,	**Tak**	
14.	Dokumentacja (lub tzw. lista kontrolna zawierająca wykaz części i czynności) dotycząca przeglądów technicznych w języku polskim (dostarczona przy dostawie). UWAGA – dokumentacja musi zapewnić co najmniej pełną diagnostykę urządzenia, wykonywanie drobnych napraw, regulacji, kalibracji, oraz przeglądów okresowych w standardzie wymaganym przez producenta.	**Tak**	
15.	Z urządzeniem wykonawca dostarczy paszporty techniczne zawierające co najmniej takie dane jak: nazwa, typ (model), producent, rok produkcji, numer seryjny (fabryczny), inne istotne informacje (itp. części składowe, istotne wyposażenie, oprogramowanie), kody z aktualnie obowiązującego słownika NFZ (o ile występują).	**Tak**	
16.	Instrukcja konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji dostarczona przy dostawie i wskazująca, że czynności te prawidłowo wykonane nie powodują utraty gwarancji.	**Tak**	
17.	Możliwość mycia i dezynfekcji aparatów w oparciu o przedstawione przez wykonawcę zalecane preparaty myjące i dezynfekujące. UWAGA – zalecane środki powinny zawierać nazwy związków chemicznych, a nie tylko nazwy handlowe preparatów.	**Tak**	
18.	Z uwagi na fakt, iż przedmiot umowy finansowany jest ze środków Unii Europejskiej, faktura po dostawie musi zawierać wymieniony sprzęt zgodny, co do nazwy, ze sprzętem wymienionym w opisie przedmiotu zamówienia	**Tak**	

UWAGI: Parametry zostaną potwierdzone folderami lub kartami katalogowymi oferowanego wyrobu – zgodnie z wymaganiami wskazanymi w SIWZ.

Brak odpowiedniego wpisu przez Wykonawcę w kolumnie wskazano „**podać**”, będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.

.....

podpis osoby (osób) upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy