OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA *(część 2 zamówienia)*

Aparat do elektrochirurgii
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
	DANE TECHNICZNE		
1.	Urządzenie umożliwiające pracę monopolarną i bipolarną	**Tak**	
2.	Urządzenie z możliwością pracy w osłonie argonu	**Tak**	
3.	Zasilanie elektryczne urządzenia: 230V 50Hz.	**Tak**	
4.	Podstawowa częstotliwość pracy generatora 333kHz +/- 10%	**Tak, podać**	
5.	Aparat z zabezpieczeniem przed impulsem defibrylacji	**Tak**	
6.	Zabezpieczenie przeciwporażeniowe, Klasa I CF	**Tak**	
7.	Aparat w pełni zintegrowany (jedno urządzenie) bez dodatkowych przystawek. Obsługa wszystkich dostępnych trybów pracy z jednego panelu sterowania	**Tak**	
8.	Zabezpieczenie przed przeciążeniem aparatu z aktywnym pomiarem temperatury kluczowych elementów	**Tak**	
9.	Automatyczny test urządzenia po uruchomieniu.	**Tak**	
10.	Komunikacja z urządzeniem za pomocą ekranu dotykowego.	**Tak**	
11.	Czytelny ciekłokrystaliczny wyświetlacz parametrów pracy, nie mniejszy niż 9 cali	**Tak, podać**	
12.	Regulacja kąta nachylenia ekranu umożliwiająca optymalną widoczność panelu sterowania niezależnie od warunków (oświetlenie, wysokość ustawienia urządzenia)	**Tak**	
13.	Możliwość wyboru wersji graficznej wyświetlacza (jasna do Sali operacyjnej, ciemna do Sali endoskopowej)	**Tak**	
14.	Możliwość regulacji jasności ekranu	**Tak**	
15.	Komunikacja w języku polskim.	**Tak**	

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

Lp.	OPIS PARAMETRU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK", A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
16.	System kontroli aplikacji elektrody neutralnej dwudzielnej. Stała kontrola aplikacji elektrody podczas trwania całego zabiegu. Wyświetlacz poprawnego podłączenia elektrody neutralnej. Możliwość wyboru elektrody neutralnej	**Tak**	
17.	Zła aplikacja elektrody neutralnej dwudzielnej sygnalizowania alarmem, komunikatem na ekranie oraz komunikatem głosowym w języku polskim.	**Tak**	
18.	System rozpoznawania podłączonych narzędzi. Automatyczne przywoływanie trybów pracy i nastaw dla podłączonego narzędzia.	**Tak**	
19.	Urządzenie wyposażone w minimum 4 wyjścia uniwersalne umożliwiające podłączenie akcesoriów mono lub bipolarnych z systemem rozpoznawania narzędzi	**Tak, podać**	
20.	Możliwość regulacji głośności sygnałów aktywacji – min. 8 poziomów (bez możliwości całkowitego wyciszenia)	**Tak, podać**	
21.	Sygnalizacja akustyczna i wizualna aktualnego trybu pracy	**Tak**	
22.	Aktywacja funkcji monopolarnych włącznikiem nożnym lub z uchwytu elektrody czynnej	**Tak**	
23.	Funkcja ograniczenia czasu aktywacji trybów mono i bipolarnych z możliwością regulacji	**Tak**	
24.	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**	
25.	Zdalna zmiana programów za pomocą trzeciego przycisku wyłącznika nożnego	**Tak**	
26.	Możliwość zmiany parametrów pracy za pomocą trzeciego przycisku wyłącznika nożnego	**Tak**	
27.	Urządzenie umożliwiające pracę z bezprzewodowym (radiowym) włącznikiem nożnym	**Tak**	
PARAMETRY PRACY URZĄDZENIA			
28.	Cięcie monopolarne z mocą 350W +/- 10%	**Tak, podać**	
29.	Min. 5 rodzajów cięcia monopolarnego w tym cięcie w osłonie argonu, cięcie specjalistyczne artroskopowe umożliwiające pracę w środowisku płynu	**Tak, podać**	
30.	Minimum 8 efektów w każdym z dostępnych trybów cięcia	**Tak, podać**	
31.	Koagulacja monopolarna kontaktowa z mocą do 200W	**Tak, podać**	
32.	Min. 4 rodzaje koagulacji monopolarnej standardowej w tym koagulacja miękka, forsowna, bezkontaktowa (spray)	**Tak, podać**	

.....

podpis osoby (osób) upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

Lp.	OPIS PARAMETRU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK", A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
33.	Min. 8 efektów koagulacji dostępnych dla każdego z wymaganych trybów koagulacji monopolarnej kontaktowej	**Tak, podać**	
34.	Koagulacja monopolarna argonowa z mocą min. 80W	**Tak, podać**	
35.	Automatyczne rozpoznawanie podłączonych narzędzi argonowych wraz z automatycznym przywoływaniem trybów pracy i nastaw właściwych dla podłączonego instrumentu	**Tak**	
36.	Informacja na wyświetlaczu o wartości nastawionego przepływu argonu dla koagulacji i odrębnie dla cięcia	**Tak**	
37.	Regulacja przepływu argonu w zakresie od 0,1 do 10l	**Tak, podać**	
38.	Funkcja napełniania instrumentów argonem przed rozpoczęciem pracy	**Tak**	
39.	Koagulacja bipolarna z mocą min.120W	**Tak**	
40.	Min. trzy rodzaje koagulacji bipolarnej	**Tak, podać**	
41.	Min. 8 efektów dostępnych w trybie koagulacji bipolarnej	**Tak, podać**	
42.	Opcja automatycznego startu i zakończenia koagulacji bipolarnej dostępna w min. jednym z trybów.	**Tak, podać**	
43.	Min. dwa rodzaje cięcia bipolarnego w tym tryb cięcia specjalistycznego do artroskopii umożliwiające pracę w środowisku płynu	**Tak, podać**	
44.	Min. 8 efektów dostępnych w każdym z trybów cięcia bipolarnego	**Tak, podać**	
WYPOSAŻENIE			
45.	Aparat elektrochirurgiczny – 1szt.	**Tak**	
46.	Włącznik nożny bezprzewodowy dwuprzyciskowy, z dodatkowym przełącznikiem umożliwiającym zdalną zmianę programów – 1szt.	**Tak**	
47.	Kabel elektrod jednorazowych dł. min 3m – 1 szt.	**Tak**	
48.	Uchwyt elektrody monopolarnej 4mm, z przyciskami do aktywacji cięcia i koagulacji, z nierozłącznym kablem o dł. min. 3m, przystosowany do systemu rozpoznawania narzędzi. Przeznaczony do min. 100 cykli sterylizacji - 5 szt.	**Tak**	
49.	Elektrody monopolarne wielorazowe do cięcia i koagulacji. Kompatybilne z uchwytem 4mm: - nóż prosty dł. ostrza 25 mm - 30 mm - 5 szt - nóż prosty dł.ostrza 25 mm, długość trzonka 100 mm - 110 mm - 5 szt	**Tak**	
50.	Kabel do instrumentów bipolarnych, wielorazowy, długość min. 3m, kompatybilny z systemem rozpoznawania narzędzi – 2 szt.	**Tak**	

.....

podpis osoby (osób) upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

Lp.	OPIS PARAMETRU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK", A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
51.	Szczypce do koagulacji bipolarnej, wielorazowe: - proste, długość 150-170mm, końcówka 1 mm - 1 szt. - proste, długość 190 - 200mm , końcówka tępa 2mm - 1 szt.	**Tak**	
52.	Wielorazowy uchwyt elektrody argonowej z przyciskiem do aktywacji cięcia i koagulacji z nierozłącznym kablem dł. Min. 3m, kompatybilny z systemem rozpoznawania narzędzi - 2 szt.	**Tak**	
53.	Wielorazowa elektroda argonowa: - z wysuwanym nożem dł. robocza 40 mm (+/-2 mm) - 2szt. - z wysuwanym nożem dł. robocza 115 mm (+/-5 mm) - 2 szt.	**Tak**	
54.	butla argonowa 5l - 2 szt.	**Tak**	
55.	reduktor argonowy - 1 szt.	**Tak**	
56.	Elektroda neutralna wielorazowa silikonowa – 1szt.	**Tak**	

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**	

.....

podpis osoby (osób) upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

Lp.	GWARANCJA	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
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		
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**	

.....

podpis osoby (osób) upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

Lp.	GWARANCJA	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
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