

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 rekondukcjonowanym, powystawowym i nie był wykorzystywany wcześniej przez innego użytkownika

Lp.	OPIS PARAMETRU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZANYCH 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	

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	

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 – 1 szt.	Tak	
46.	Włącznik nożny bezprzewodowy dwuprzyciskowy, z dodatkowym przełącznikiem umożliwiającym zdalną zmianę programów – 1 szt.	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	

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 tępą 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 wysuwającym nożem dł. robocza 40 mm (+/-2 mm) - 2szt. - z wysuwającym 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.	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	

Lp.	GWARANCJA	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZANYCH POLACH PODAĆ
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 hasel, 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	
SZKOLENIA			
11.	Instruktaż 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	

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