*Załącznik Nr 1 do SIWZ*

Oznaczenie sprawy: PN – 10/19

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oznaczenie Wykonawcy

**Opis przedmiotu zamówienia**

**Część nr 3: Aparat elektrochirurgiczny – 2 sztuki**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***L. p.*** | ***Wymagania dla przedmiotu zamówienia*** | ***Parametry wymagane*** | ***Parametry oferowane (potwierdzić spełnianie parametru / opisać) \****  ***należy wypełnić wszystkie rubryki poprzez zaznaczenie odpowiednio TAK/NIE bądź wpisanie wartości parametru oferowanego – zgodnie z wymaganiem zamawiającego*** |
|  | Producent | podać | ……………………….. |
|  | Model | podać | ……………………….. |
|  | Kraj pochodzenia | podać | ……………………….. |
|  | Rok produkcji | urządzenie nowe, nieużywane,  wyprodukowane w 2019r. lub później | TAK/NIE  Rok produkcji……………… rok |
|  | Komunikacja z urządzeniem za pomocą ekranu w języku polskim oraz wyświetlaczy na panelu sterowania lub za pomocą ekranu dotykowego | TAK | TAK/NIE |
|  | Koagulacja monopolarna kontaktowa: (delikatna, intensywna) | TAK | TAK/NIE |
|  | Koagulacja bipolarna delikatna | TAK | TAK/NIE |
|  | Aktywacja funkcji bipolarnej: pedał nożny i automatycznie | TAK | TAK/NIE |
|  | Automatyczna aktywacja narzędzi bipolarnych ~~z ustawieniem czasu opóźnienia z dokładnością do 0,1s~~ | TAK | TAK/NIE |
|  | Po min. 8 efektów hemostazy cięcia monopolarnego lub dobranie parametrów mocy w zależności od właściwości tkanki | TAK | TAK/NIE |
|  | Moc wyjściowa cięcia monopolarnego w zakresie min. 190W, max. 220 W | TAK | TAK/NIE |
|  | Moc wyjściowa koagulacji monopolarnej kontaktowej w zakresie min. 110W, max. 130 W | TAK | TAK/NIE |
|  | Moc wyjściowa dla koagulacji bipolarnej w zakresie min. 110W, max. 130 W | TAK | TAK/NIE |
|  | Gniazda przyłączeniowe zestawu do różnych typów przewodów: monopolarne min. 1 ~~2~~ szt., bipolarne, elektrody biernej | TAK | TAK/NIE |
|  | Uniwersalne gniazdo monopolarne umożliwiające bezpośrednie podłączenie przewodów z wtyczkami min. jednopinowymi 4mm ~~i 5mm~~ oraz trzypinowych bez żadnych dodatkowych łączników, adapterów itp. | TAK | TAK/NIE |
|  | Uniwersalne gniazdo bipolarne umożliwiające bezpośrednie podłączenie przewodów z pojedynczymi wtyczkami okrągłymi oraz dwupinowych o różnych rozstawiach bez żadnych dodatkowych łączników, adapterów itp. | TAK | TAK/NIE |
|  | Pamięć min. 8 programów i funkcją zapisania ich pod nazwą procedury lub nazwiskiem lekarza w języku polskim | TAK, podać | Pamięć ……… programów i funkcją zapisania ich pod nazwą procedury lub nazwiskiem lekarza w języku polskim |
|  | Możliwość rozbudowy o system filtracji gazów pochodzenia diatermicznego zintegrowany z zestawem posiadający funkcję automatycznego startu ewakuatora po aktywowaniu urządzenia, możliwość programowania nastawień niezależnych wartości odsysania dla cięcia i koagulacji oddzielnie | NIE | TAK/NIE |
|  | Możliwość rozbudowy o przystawkę argonową umożliwiającą koagulację o mocy w zakresie min. 110W, max. 140W | TAK | TAK/NIE |
|  | Włącznik nożny, podwójny – 1 szt. do urządzenia (do dezynfekcji) | TAK | TAK/NIE |
|  | Wielorazowa rączka monopolarna z przyciskami i przewodem dł. min. 3 m ~~4m~~, do elektrod 4mm, wtyczka 1-pinowa lub 3 pinowa (po 3 szt. do każdego urządzenia ) | TAK | TAK/NIE |
|  | Wielorazowa elektroda monopolarna szpatułkowa prosta (po 5 szt. do każdego urządzenia) | TAK | TAK/NIE |
|  | Elektroda neutralna dzielona o równych powierzchniach z odizolowanym mechanicznie pierścieniem potencjału, elastyczna, wykonana na bazie włókniny lub pianki poliuretanowej, (po 50 szt. do każdego urządzenia ) | TAK | TAK/NIE |
|  | Wielorazowy przewód do elektrod neutralnych dł. 4m (po 1 szt. do każdego urządzenia ) | TAK | TAK/NIE |
|  | Elektroda pętlowa śr 10mm dł. min. 120mm (po 1 szt. do każdego urządzenia ) | TAK | TAK/NIE |
|  | Elektroda pętlowa śr 15mm dł. 135mm (po 2 szt. do każdego urządzenia ) | TAK | TAK/NIE |
|  | Elektroda pętlowa śr 20mm dł. 140mm (po 2 szt. do każdego urządzenia ) | TAK | TAK/NIE |
|  | Elektroda pętlowa śr 25mm dł. 145mm (po 1 szt. do każdego urządzenia ) | TAK | TAK/NIE |
|  | Elektroda kulkowa śr. 2 lub 3mm, dł. min. 110 mm ~~115mm~~ (po 1 szt. do każdego urządzenia ) | TAK | TAK/NIE |
|  | Elektroda kulkowa śr. 4mm, dł. min. 110 mm ~~115mm~~ (po 1 szt. do każdego urządzenia ) | TAK | TAK/NIE |
|  | Wózek z blokadą kół (po 1 szt. do każdego urządzenia ) | TAK | TAK/NIE |
| **PARAMETRY STANOWIĄCE KRYTERIUM OCENY OFERT - JAKOŚC** | | | |
| ***Opis parametru wymaganego oraz wskazane parametry oceniane*** | | ***punkty*** | ***Oferowany parametr – należy wskazać odpowiednio TAK/NIE bądź wpisać oferowaną wartość*** |
|  | Możliwość rozbudowy o urządzenie do selektywnego preparowania tkanek za pomocą strumienia cieczy z czynnikiem roboczym w postaci sterylnej soli fizjologicznej - zintegrowane z urządzeniem | TAK – 15 pkt.  NIE – 0 pkt. | TAK/NIE |
|  | Uniwersalne gniazdo elektrody neutralnej umożliwiające podłączenie dwóch rodzajów wtyczek: jednopinowej o śr. 6mm typ Jack oraz dwupinowej płaskiej typ international | TAK – 10 pkt.  NIE – 0 pkt. | TAK/NIE |
|  | Gniazda podłączeniowe wymienne, możliwość indywidualnej konfiguracji rodzaju gniazd | TAK – 10 pkt.  NIE – 0 pkt. | TAK/NIE |
|  | Możliwość rozbudowy o urządzenie do neurotestu zintegrowane z aparatem elektrochirurgicznym | TAK – 15 pkt.  NIE – 0 pkt. | TAK/NIE |
| WARUNKI GWARANCJI I SERWISU | | | |
|  | Okres gwarancji min. 36 miesięcy\* | podać | …………………. mc |
|  | Czas reakcji serwisu gwarancyjnego od momentu zgłoszenia do 24 h. | wskazać adres punktu serwisowego | TAK/NIE  ………………………………………….. |
| **SZKOLENIA** | | | |
|  | Szkolenie w zakresie obsługi urządzenia | TAK | TAK/NIE |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019r. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(nazwisko i imię osoby upoważnionej do**

**reprezentowania Wykonawcy )**

\*okres obowiązywania gwarancji dotyczy sprzętu medycznego. Okres obowiązywania gwarancji dla urządzeń innych niż sprzęt medyczny nie może być krótszy niż okres gwarancji jaki zapewnia producent urządzenia