**Formularz asortymentowo-cenowy (parametry techniczno - użytkowe)**

**Zakup aparatury i sprzętu medycznego dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 2 w Jastrzębiu - Zdroju**

**Znak sprawy: BZP.38.382-19..24**

**Pakiet nr 1 - Aparat OCT z angiografią dla potrzeb Oddziału Okulistyki**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wyszczególnienie** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena Jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** | **Producent, model, nr katalogowy, kraj pochodzenia** (jeżeli dotycz) |
| 1. | **APARAT OCT Z ANGIOGRAFIĄ** | Szt. | 1 |  |  | 8% |  |  |
| 2. | **ZESTAW KOMPUTEROWY, DRUKARKA** | Kpl. | 1 |  |  | 23% |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |  |  |  |

**\***Uwaga: Zgodnie z Rozdziałem 18 pkt. 2 SWZ Zamawiający wskazuje stawkę VAT dla poszczególnych pozycji, której nie należy zmieniać w celu obliczenia ceny oferty.

**PARAMETRY TECHNICZNO – UŻYTKOWE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa parametru/podzespołu** | **Parametr/ Warunek wymagany** | **Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)** | **Ilość punktów możliwych do uzyskania** |
| **INFORMACJE OGÓLNE** | | | | |
|  | Rok produkcji 2024r., urządzenie fabrycznie nowe, nierekondycjonowane, nie powystawowy | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| **PARAMETRY TECHNICZNE** | | | | |
| 1. | Analiza SS-OCT Swept Source (Strojone źródło światła) | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Długość fali światła skanującego minimum 1050nm | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Wbudowana kamera do wykonywania fotografii barwnej dna oka i przedniego odcinka o kącie 45 stopni i rozdzielczości min. 5 mln pikseli | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Wbudowana kamera do wykonywania angiografii fluoresceinowej FA | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Wbudowana kamera do wykonywania autofluoroscencji FAF. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Możliwość wykonania angiografii OCT – Angio OCT – bez podawania środka cieniującego. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Rozdzielczość osiowa: 8μm (cyfrowa: 2,6 μm) | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Prędkość skanowania: minimum 100 000 A skanów na sekundę | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Podgląd dna oka przy ustawianiu głowicy aparatu w oświetleniu podczerwonym IR | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Wewnętrzny fiksator o regulowanej pozycji z możliwością wyboru wielkości znaku | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Dostępne profile skanowania: 3D, kołowy, liniowy, krzyżowy, radialny, raster | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Zakres korekcji refrakcji pacjenta: nie mniejszy niż -30 D do + 40 D | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Możliwość wykonania badania OCT przedniego odcinka oka | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Płynne powiększenie (zoom) skanów OCT | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Wbudowany w aparat ekran dotykowy do obsługi urządzenia w trakcie badania oraz podglądu dna oka i wykonywanych skanów | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Elektrycznie regulowany podbródek | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Funkcja autofocus i auto-Z | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Automatyczna analiza grubości siatkówki, grubości warstwy włókien nerwowych wokół tarczy nerwu wzrokowego oraz analiza komórek zwojowych GCL odniesionych do bazy normatywnej podczas wykonania jednego skanowania 3D. | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Korelacja pozycji wykonanych skanów OCT ze zdjęciem kolorowym dna oka | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Pozycjonowanie aparatu przy pomocy mechanicznego joysticka. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Dedykowany stolik z elektrycznie regulowaną wysokością blatu. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Zestaw komputerowy dedykowane do powyższego urządzenia . | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Drukarka laserowa, kolorowa. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Dodatkowe 4 licencje oprogramowania otwierana za pomocą przeglądarki internetowej, pozwalające na pełen zdalny dostęp użytkownika do bazy pacjentów (możliwość korzystania z wszystkich funkcji programu). | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Warunki gwarancji i serwisu:** | | | **Oferowany okres gwarancji i inne** | **Ilość punktów możliwych do uzyskania** |
| 1. | Okres gwarancji jakości i rękojmi za wady, liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego **min. 36** miesiące **max. 48 miesięcy** | TAK, należy podać jeden okres gwarancji, który będzie dotyczył każdej pozycji w pakiecie\* | ……………………..miesięcy | - 48 miesięcy – 20 pkt.;  - od 36 do 47 miesięcy – ilość punktów przyznana będzie według wzoru |
| 2. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny | TAK\*/NIE  \* podać adresy oraz telefony kontaktowe |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 3. | Możliwość zgłaszania wad/usterek | TAK podać numery telefonów i faksu i/lub e-mail |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 4. | Warunki serwisu pogwarancyjnego i inne wymagania | TAK\*/NIE  \*Podać ewentualne wymagania |  |  |
| 5. | Ograniczenia gwarancji | TAK\*/NIE  \*podać możliwe przyczyny jej utraty |  |  |

**\*** Jeżeli Wykonawca wpisze różne okresy gwarancji dla poszczególnych pozycji w pakiecie, wówczas Zamawiający uzna iż Wykonawca zobowiązuj się do udzielenia gwarancji na minimalny okres wynoszący 36 miesiące licząc od dnia podpisania bez zastrzeżeń przez Zamawiającego protokołu odbioru przedmiotu zamówienia.

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY:**

**Deklarujemy dostawę przedmiotu zamówienia w terminie do …………… tygodni licząc od dnia zawarcia umowy\*\***

\*\* W przypadku podania przez Wykonawcę krótszego lub dłuższego (niż wymagany) terminu dostawy, wpisania różnych terminów dostawy dla poszczególnych pozycji w pakiecie lub nie podanie (nie wpisanie) terminu dostawy w Formularzu asortymentowo – cenowym (parametry techniczno/użytkowe), Zamawiający uzna, że Wykonawca oferuje najdłuższy termin dostawy, tj. do 12 tygodni licząc od dnia zawarcia umowy.

**UWAGA:**

1. W celu identyfikacji zaoferowanego przedmiotu zamówienia (spośród wielu dostępnych na rynku) oraz oceny jego zgodności z zapisami określonymi w SWZ, w ofercie należy podać nazwę producenta, model, nr katalogowy oraz parametry oferowanego sprzętu medycznego, umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanego przedmiotu zamówienia.
2. Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca – wypełniając ten załącznik – oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany przedmiot zamówienia. **W przypadku gdy, Wykonawca w kolumnie „Parametr/Warunek oferowany (podać zakres lub opisać) użyję słów minimum , minimalny, itp. Zamawiający uzna, żę zaoferowane rozwiązanie nie jest skonkretyzowane, a więc nie odpowiada treści SWZ i dokona odrzucenia oferty.**
3. Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treść – stanowi on integralną część oferty – deklarację Wykonawcy co do jej treści, brak tego załącznika, zawierającego treść nie zgodne z wzorem określonym w SWZ warunków zamówienia, spowoduje odrzucenie oferty.

Miejscowość, ……………………., dnia ………….2024r.

……………..………………….

*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

**Formularz asortymentowo-cenowy (parametry techniczno - użytkowe)**

**Zakup aparatury i sprzętu medycznego dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 2 w Jastrzębiu - Zdroju**

**Znak sprawy: BZP.38.382-19..24**

**Pakiet nr 2 - Aparat USG z systemem biopsji fuzyjnej dla potrzeb Oddziału Urologii i Onkologii Urologicznej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wyszczególnienie** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena Jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** | **Producent, model, nr katalogowy, kraj pochodzenia** (jeżeli dotycz) |
| 1. | **APARAT USG Z SYSTEMEM BIOPSJI FUZYJNEJ** | Szt. | 1 |  |  | 8% |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |  |  |  |

\*Uwaga: Zgodnie z Rozdziałem 18 pkt. 2 SWZ Zamawiający wskazuje stawkę VAT dla poszczególnych pozycji, której nie należy zmieniać w celu obliczenia ceny oferty.

**PARAMETRY TECHNICZNO – UŻYTKOWE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa parametru/podzespołu** | **Parametr/ Warunek wymagany** | **Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)** | **Ilość punktów możliwych do uzyskania** |
| **INFORMACJE OGÓLNE** | | | | |
| 1. | Rok produkcji 2024r., urządzenie fabrycznie nowe, nierekondycjonowane, nie powystawowy | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| **PARAMETRY TECHNICZNE** | | | | |
| 1. | Zakres częstotliwości pracy min. 2,0-18,0 MHz | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 2. | Dynamika systemu min. 185 dB | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 3. | Ilość niezależnych gniazd w aparacie min. 4 | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 4. | Monitor o orientacji pionowej min. 18 cali | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 5. | Możliwość obracania monitora praw/lewo min. 170 stopni | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 6. | Możliwość regulacji wysokości monitora min 25 cm. | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 7 | Możliwość regulacji wysokości panelu sterowania min. 25 cm. | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 8. | Panel sterowania wykonany z silikonu zapewniający szczelność i ułatwiający czyszczenie i dezynfekcję | TAK/NIE |  | Tak- 10 pkt  Nie – 0 pkt |
| 9. | Klawiatura alfanumeryczna do wprowadzania opisów z podświetlanymi klawiszami funkcyjnymi | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 10. | Możliwość regulacji panelu sterowania prawo/lewo min. 350° | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 11. | a) Wewnętrzna archiwizacja badania w aparacie o dysku min. 450 GB.  b) Możliwość zgrania obrazów badania na pamięć zewnętrzną typu pen . | a) TAK  b) TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 12. | Długość filmu CINE LOOP min. 28 s | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 13. | Głębokość skanowania min. 0,5 cm – 28 cm | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 14. | Tryby pracy: 2D (B mode), M mode, Doppler Pulsacyjny, Doppler Kolorowy; Power Doppler, Duplex; Triplex, obrazowanie harmoniczne | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 15. | Min. 8 stopniowa regulacja wzmocnienia TGC | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 16. | Specjalistyczne oprogramowanie aplikacyjne i pomiarowe dla urologii | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 17. | Zakres mierzonej prędkości przepływu w Dopplerze Kolorowym  Min. 0,2 cm/s – 490 cm/s | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 18. | Mierzona prędkość przepływu w Dopplerze Pulsacyjnym  Min. 0,2 cm/s - 800 cm/s | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 19 | Szerokość bramki Dopplera pulsacyjnego min. 1-20 mm | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 20. | Videoprinter czarno – biały | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| **GŁOWICE** | | | | |
| 1. | Głowica typu convex o częstotliwości pracy min. 2,5 - 6,0 MHz | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 2. | Ilość niezależnych elementów tworzących i odbierających sygnał ultradźwiękowy w głowicy min. 180 | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 3. | Przycisk na głowicy umożliwiający uruchomienie głowicy, zamrożenie i aktywację obrazu (rozwiązanie nr 1) lub przełącznik nożny o tożsamych właściwościach (rozwiązanie nr 2) | TAK, podać zaoferowane rozwiązanie |  | Rozwiązanie 1 – 10 pkt  Rozwiązanie 2– 0 pkt |
| 4. | Przystawka biopsyjna o regulowanej średnicy na biopsje cienko i grubo igłowe w zakresie 0,6-2,4 mm, metalowa, wielokrotnego użytku z możliwością sterylizacji –1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 5. | Głowica liniowa o częstotliwości pracy min. 5,0 - 12,0 MHz | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 6. | Ilość niezależnych elementów tworzących i odbierających sygnał ultradźwiękowy w głowicy min. 190 | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 7. | Przycisk na głowicy umożliwiający uruchomienie głowicy, zamrożenie i aktywację obrazu (rozwiązanie nr 1) lub przełącznik nożny o tożsamych właściwościach (rozwiązanie nr 2) | TAK, podać zaoferowane rozwiązanie |  | Rozwiązanie 1 – 10 pkt  Rozwiązanie 2– 0 pkt |
| 8. | Głowica rektalna trzypłaszczyznowa do badań urologicznych typu convex-convex-convex o częstotliwości pracy min. 6,0 – 12,0 MHz | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 9. | Ilość niezależnych elementów tworzących i odbierających sygnał ultradźwiękowy w głowicy min. 300 | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 10. | Kanał biopsyjny przez środek głowicy (nasadka wraz z prowadnicą – 3 sztuki) | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 11. | Jednoczesne obrazowanie dwóch płaszczyzn prostaty w czasie rzeczywistym | TAK/NIE |  | TAK- 10 pkt.  NIE- 0 pkt. |
| 12. | Możliwość jednoczesnego wykonania biopsji wzdłuż głowicy jak i przez środek głowicy | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 13. | Dwa przyciski na głowicy odpowiedzialne za przełączanie płaszczyzn obrazowania | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 14. | Głowica rektalna dwupłaszczyznowa do badań urologicznych oraz innych procedur przez kroczowych typu convex-linia o częstotliwości pracy min 6,0 - 12,0 MHz | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 15. | Ilość niezależnych elementów tworzących i odbierających sygnał ultradźwiękowy w głowicy min. 300 | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 16. | Możliwość wykonania biopsji oraz innych procedur przez kroczowych, w tym brachyterapii | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 17. | Dwa przyciski na głowicy odpowiedzialne za przełączanie płaszczyzn prostaty oraz aktywację i mrożenie obrazu | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 18. | Długość czoła płaszczyzny liniowej min. 60 mm | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 19. | Jednoczesne obrazowanie prostaty w przekroju podłużnym i poprzecznym convex - linia | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 20. | SYSTEM FUZJI OBRAZÓW MRI/USG | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 21. | System fuzji obrazów MRI/USG w wersji przez kroczowej składający się z oprogramowania, steppera oraz stabilizatora do głowicy rektalnej, siatka wielorazowa kompatybilna ze steperem – 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 22. | Oprogramowanie do fuzji obrazów MRI/USG zintegrowane i w pełni kompatybilne z oferowanym ultrasonografem | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 23. | Obsługa urządzenia poprzez panel USG | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 24. | Oprogramowanie umożliwiające wykonanie biopsji w czasie rzeczywistym | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 25. | Oprogramowanie umożliwiające dopasowanie obrysu organu w trakcie biopsji | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 26. | Możliwość weryfikacji dokonanych konturów względem obrazów MRI oraz możliwość dopasowania obrazów MRI do konturów | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 27. | Możliwość wygenerowania raportu w formacie PDF zawierającego między innymi informacje o ilości pobranych próbek, miejsc z których zostały pobrane zarówno w formie opisowej, graficznej oraz zdjęć usg | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 28. | Możliwość rozbudowy w momencie składania oferty o oprogramowanie umożliwiające tworzenie obrazów 3D | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 29. | Możliwość rozbudowy w momencie składania oferty o system umożliwiający fuzję obrazów w wersji przezodbytniczej MRI z obrazami ultrasonograficznymi | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 30. | Możliwość rozbudowy w momencie składania oferty o moduł obrazowania kontrastowego | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 31. | Możliwość rozbudowy w momencie składania oferty o moduł elastografii tkanek | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Warunki gwarancji i serwisu:** | | | **Oferowany okres gwarancji i inne** |
| 1. | Okres gwarancji jakości i rękojmi za wady, liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego **min.** **24** miesiące **max. 36** miesięcy | TAK, należy podać jeden okres gwarancji, który będzie dotyczył każdej pozycji w pakiecie\* | ……………………..miesięcy |
| 2. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny | TAK\*/NIE  \* podać adresy oraz telefony kontaktowe |  |
| 3. | Możliwość zgłaszania wad/usterek | TAK podać numery telefonów i faksu i/lub e-mail |  |
| 4. | Warunki serwisu pogwarancyjnego i inne wymagania | TAK\*/NIE  \*Podać ewentualne wymagania |  |
| 5. | Ograniczenia gwarancji | TAK\*/NIE  \*podać możliwe przyczyny jej utraty |  |

**\*** Jeżeli Wykonawca wpisze różne okresy gwarancji dla poszczególnych pozycji w pakiecie, wówczas Zamawiający uzna iż Wykonawca zobowiązuj się do udzielenia gwarancji na minimalny okres wynoszący 24 miesiące licząc od dnia podpisania bez zastrzeżeń przez Zamawiającego protokołu odbioru przedmiotu zamówienia.

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY:**

**Deklarujemy dostawę przedmiotu zamówienia w terminie do …………… tygodni licząc od dnia zawarcia umowy\*\***

\*\* W przypadku podania przez Wykonawcę krótszego lub dłuższego (niż wymagany) terminu dostawy, wpisania różnych terminów dostawy dla poszczególnych pozycji w pakiecie lub nie podanie (nie wpisanie) terminu dostawy w Formularzu asortymentowo – cenowym (parametry techniczno/użytkowe), Zamawiający uzna, że Wykonawca oferuje najdłuższy termin dostawy, tj. do 6 tygodni licząc od dnia zawarcia umowy.

**UWAGA:**

1. W celu identyfikacji zaoferowanego przedmiotu zamówienia (spośród wielu dostępnych na rynku) oraz oceny jego zgodności z zapisami określonymi w SWZ, w ofercie należy podać nazwę producenta, model, nr katalogowy oraz parametry oferowanego sprzętu medycznego, umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanego przedmiotu zamówienia.
2. Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca – wypełniając ten załącznik – oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany przedmiot zamówienia. **W przypadku gdy, Wykonawca w kolumnie „Parametr/Warunek oferowany (podać zakres lub opisać) użyję słów minimum , minimalny, itp. Zamawiający uzna, żę zaoferowane rozwiązanie nie jest skonkretyzowane, a więc nie odpowiada treści SWZ i dokona odrzucenia oferty.**
3. Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treść – stanowi on integralną część oferty – deklarację Wykonawcy co do jej treści, brak tego załącznika, zawierającego treść nie zgodne z wzorem określonym w SWZ warunków zamówienia, spowoduje odrzucenie oferty.

Miejscowość, ……………………., dnia ………….2024r.

………………………………………………………..

*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

**Formularz asortymentowo-cenowy (parametry techniczno - użytkowe)**

**Zakup aparatury i sprzętu medycznego dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 2 w Jastrzębiu - Zdroju**

**Znak sprawy: BZP.38.382-19..24**

**Pakiet nr 3 - Laparoskop dla potrzeb Bloku Operacyjnego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wyszczególnienie** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena Jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** | **Producent, model, nr katalogowy, kraj pochodzenia** (jeżeli dotycz) |
| 1. | **LAPAROSKOP** | Klp. | 1 |  |  | 8% |  |  |
| 2. | **WÓZEK APARATUROWY** | Kpl. | 1 |  |  | 23% |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |  |  |  |

\*Uwaga: Zgodnie z Rozdziałem 18 pkt. 2 SWZ Zamawiający wskazuje stawkę VAT dla poszczególnych pozycji, której nie należy zmieniać w celu obliczenia ceny oferty.

**PARAMETRY TECHNICZNO – UŻYTKOWE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa parametru/podzespołu** | **Parametr / Warunek wymagany** | **Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)** | **Ilość punktów możliwych do uzyskania** |
| **INFORMACJĘ OGÓLNE** | | | | |
| 1 | Rok produkcji.min.2023, urządzenie fabrycznie nowe, nierekondycjonowane, nie powystawowy | TAK, podać rok produkcji |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| **PARAMETRY TECHNICZNE** | | | | |
| **MONITOR OPERACYJNY MEDYCZNY 4K – 2 SZT.** | | | | |
|  | Przekątna ekranu min. 31" | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Rozdzielczość ekranu min. 3840 × 2160 pikseli | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 3 | Mocowanie typu VESA | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| **STEROWNIK KAMERY - 1 ZESTAW** | | | | |
| 1 | Sterownik kamery przeznaczony do wykorzystania z głowicą kamery 4K | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 2 | Sterownik kamery wyposażony w menu obsługowe wyświetlane w postaci ikon na ekranie monitora operacyjnego | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 3 | Meny obsługowe wywoływane poprzez przycisk głowicy kamery i poprzez zewnętrzną klawiaturę w przypadku obsługi ze strefy "brudnej" pola operacyjnego | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 4 | W zestawie pamięć PenDrive o pojemności min. 32 GB | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 5 | Konstrukcja sterownika kamery umożliwiająca podłączenie sztywnego wideoendoskopu 3D/4K/ICG do laparoskopii | TAK /NIE |  | TAK – 10 pkt.  NIE – 0 pkt. |
| 6 | Konstrukcja sterownika kamery otwarta na rozbudowę o możliwość podłączenia obrazowania egzoskopowego 3D | TAK /NIE |  | TAK – 10 pkt.  NIE – 0 pkt. |
| 7 | Zakres pracy sterownika kamery umożliwiający obrazowanie efektu fluorescencji zieleni indocyjaninowej (ICG) w zakresie bliskiej podczerwieni (NIR) z wykorzystaniem oferowanej głowicy kamery 4K | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 888 | Sterownik kamery wyposażony w min. 2 wyjście wideo Display Port (3840 x 2160p, 50/60 Hz) | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 9 | Sterownik kamery wyposażony w min. 1 wyjście wideo 12G-SDI (3840 x 2160p, 50/60 Hz) | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 10 | Sterownik kamery wyposażony w min. 1 wyjście wideo DVI-D (1920 x 1080p, 50/60 Hz) | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 11 | Sterownik kamery wyposażony min. 3 gniazda USB umożliwiające podłączenie urządzeń peryferyjnych takich jak np.: pamięć PenDrive, zewnętrzna klawiatura | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 12 | Min. 2 gniazda USB umieszczone na panelu przednim sterownika kamery | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 13 | Funkcje zapisu zdjęć i filmów w pamięci PenDrive, uruchamianie zapisu poprzez menu sterownika kamery | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 14 | Zapis zdjęć w formacie: JPEG | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 15 | Zapis filmów w formacie: MPEG4 | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 16 | Funkcja regulacji jasności, dostępne min. 4 poziomy regulacji jasności | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 17 | Sterownik kamery wyposażony w zintegrowane gniazdo do komunikacji ze źródłem światła w celu realizacji zmiany ustawień i trybów pracy bezpośrednio poprzez menu sterownika kamery | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 18 | Funkcja automatycznej regulacji intensywności światła w źródle światła LED ustawiana poprzez menu sterownika kamery | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny |
| 19 | Sterownik kamery wyposażony w zintegrowane gniazdo do komunikacji z oferowanym insuflatorem CO2 w celu realizacji zmiany ustawień ciśnienia i przepływu CO2 bezpośrednio poprzez menu sterownika kamery | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 20 | Funkcja programowania przycisków głowicy kamery z możliwością przypisania po dwóch funkcji do każdego z programowanych przycisków głowicy kamery, uruchamianie poprzez krótkie i długie wciśnięcie przycisku | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 21 | Możliwość zaprogramowania funkcji uruchomienia zapisu zdjęcia i filmu wideo (start/stop) pod jednym przyciskiem głowicy kamery | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 22 | Funkcja obrotu obrazu o 180° | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 23 | Funkcja zoom'u cyfrowego, dostępne min. 5 poziomów regulacji zoom'u, zmiana zoom poprzez menu sterownika kamery | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 24 | Funkcja wyświetlania wirtualnego wskaźnika punktowego na ekranie monitora operacyjnego do precyzyjnego wskazywania określonego punktu pola operacyjnego | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 25 | Funkcja wyświetlania wirtualnej siatki na ekranie monitora operacyjnego do precyzyjnego wskazywania określonego obszaru pola operacyjnego | TAK /NIE |  | TAK – 10 pkt.  NIE – 0 pkt. |
| 26 | Zintegrowany tryb wizualizacji wykorzystujący cyfrowe odfiltrowanie koloru czerwonego z obrazu wyświetlanego na ekranie monitora operacyjnego w celu poprawy różnicowania struktur tkankowych i unaczynienia | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 27 | Wykorzystanie trybu wizualizacji niezależne od zastosowanego źródła światła | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 28 | Funkcja jednoczesnego wyświetlania dwóch obrazów na ekranie monitora operacyjnego tj. obrazu rzeczywistego i włączonym trybem wizualizacji | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 29 | Funkcja wyświetlania poziomu intensywności światła źródła światła LED na ekranie monitora operacyjnego | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 30 | Funkcja wyświetlania aktualnego ciśnienia i przepływu CO2 oferowanego insuflatora na ekranie monitora operacyjnego | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 31 | Funkcja tworzenia i zapisu w pamięci wewnętrznej sterownika kamery profili użytkowników z indywidualnymi ustawieniami sterownika obejmującymi:  - indywidualną konfigurację menu sterownika kamery,  - indywidualne przypisanie funkcji dostępnych bezpośrednio pod przyciskami głowicy kamery.  Zapis min. 20 indywidualnych profili użytkowników | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 32 | Funkcja importu / eksportu profili użytkowników z / do pamięci PenDrive | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 33 | Stopień ochrony min. CF | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| **GŁOWICA KAMERY 4K – 1 SZT.** | | | | |
| 1 | Głowica kamery kompatybilna z oferowanym sterownikiem kamery | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 2 | Praca głowicy kamery w standardzie rozdzielczości 4K, 16:9, 50/60 Hz | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 3 | Zakres pracy głowicy kamery umożliwiający obrazowanie efektu fluorescencji zieleni indocyjaninowej (ICG) w zakresie bliskiej podczerwieni (NIR) | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 4 | Głowica kamery wyposażona w min. 3 przyciski sterujące funkcjami sterownika kamery w tym 2 programowalne | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 5 | Waga głowicy kamery z przyłączem do mocowania optyki max. 260g | TAK/NIE , podać |  | Waga głowicy kamery ≤ 260g – 20 pkt.  Waga głowicy kamery 261g – 400g – 10 pkt.  Waga głowicy kamery > 400g – 0 pkt. |
| 6 | Stopień ochrony min. CF | TAK, podać |  |  |
| **OPTYKI LAPAROSKOPOWE** | | | | |
| 1 | Optyka laparoskopowa umożliwiająca obrazowanie efektu fluorescencji zieleni indocyjaninowej (ICG) w zakresie bliskiej podczerwieni (NIR), śr. 10 mm, dł. 31cm, kąt patrzenia 30°, oznakowanie średnicy kompatybilnego światłowodu w postaci cyfrowej lub graficznej umieszczone obok przyłącza światłowodu, oznakowanie kodem QR lub DATA MATRIX, autoklawowalna - 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 2 | Optyka laparoskopowa śr. 10 mm, dł. 31cm, kąt patrzenia 30°, oznakowanie średnicy kompatybilnego światłowodu w postaci cyfrowej lub graficznej umieszczone obok przyłącza światłowodu, oznakowanie kodem QR lub DATA MATRIX, autoklawowalna, - 2 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 3 | Kosz lub pojemnik do sterylizacji i przechowywania optyki - 3 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 4 | Światłowód, osłona wzmocniona, nieprzeźroczysta, dł. 250 cm, śr. 4,8 mm - 2szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| **ŹRÓDŁO ŚWIATŁA LED - 1 ZESTAW** | | | | |
| 1 | Źródło światła LED kompatybilne z oferowanym sterownikiem kamery | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 2 | Obsługa źródła światła poprzez ekran dotykowy oraz menu obsługowe sterownika kamery | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 3 | Źródło światła wyposażone w tryby światła białego i tryby światła bliskiej podczerwieni (NIR) przeznaczone do obrazowania fluorescencyjnego z użyciem ICG | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 4 | Dostępne tryby światła bliskiej podczerwieni:  - tryb monochromatyczny - obraz uzyskany z fluorescencji  - nałożony (overlay) - obraz w świetle białym z nałożonym obrazem fluorescencyjnym  - mapa intensywności - obraz w świetle białym z nałożonym obrazem fluorescencyjnym z nałożoną kolorystyką w zależności od natężenia fluorescencji | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 5 | Źródło światła wyposażone w zintegrowane gniazdo do komunikacji z oferowanym sterownikiem kamery w celu realizacji wyświetlania parametrów pracy na ekranie monitora operacyjnego i zmiany ustawień oraz trybów pracy bezpośrednio poprzez menu sterownika kamery | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 6 | Stopień ochrony min. CF | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| **INSUFLATOR CO2 Z PODGRZEWANIEM - 1 ZESTAW** | | | | |
| 1 | Obsługa insuflatora poprzez kolorowy ekran dotykowy o przekątnej min. 7" z oprogramowaniem w języku polskim | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 2 | Insuflator wyposażony w funkcję podgrzewania CO2 z wykorzystaniem dedykowanych drenów insuflacyjnych ze zintegrowanym przewodem grzewczym | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 3 | Maksymalny przepływ gazu min. 50 l/min | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 4 | Maksymalne ciśnienie insuflacji 30 mmHg | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 5 | Insuflator wyposażony w min. 2 tryby pracy | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 6 | Tryb pracy wysokoprzepływowy:  a) regulacja przepływu w zakresie min. 1 - 50 l/min,  b) regulacja ciśnienia w zakresie 1 - 30 mmHg | 1. TAK, podać 2. TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 7 | Tryb pracy czuły:  a) regulacja przepływu w zakresie od min. 0,1 do 15 l/min,  b) regulacja ciśnienia w zakresie 1 - 15 mmHg | 1. TAK, podać 2. TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 8 | Wyświetlacz słupkowy oraz numeryczny wartości ustawionej oraz aktualnej ciśnienia insuflacji CO2 | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 9 | Wyświetlacz słupkowy oraz numeryczny wartości ustawionej oraz aktualnej przepływu CO2 | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 10 | Wyświetlacz numeryczny ilości podanego CO2 do pacjenta | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 11 | Graficzny wskaźnik ciśnienia CO2 w butli | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 12 | Możliwość przymocowania uchwytu na panelu tylnym insuflatora na rezerwową butlę z CO2 o objętości co najmniej 1 litra | TAK /NIE |  | TAK -10 pkt  NIE - 0 pkt. |
| 13 | Zintegrowane w insuflatorze gniazdo umożliwiające bezpośrednie połączenie z dedykowanym sterownikiem kamery i regulację zadanego przepływu i ciśnienia CO2 bezpośrednio poprzez przyciski głowicy kamery.  Funkcjonalność realizowana bez zaangażowania systemu zintegrowanej sali operacyjnej. | TAK/NIE |  | TAK -10 pkt  NIE -0 pkt. |
| 14 | Jednorazowy dren do insuflacji z funkcją podgrzewania gazu, kompatybilny z oferowanym insuflatoren, opakowanie 10szt. – 1 op. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 15 | Silikonowy dren do insuflacji, sterylizowalny – 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 16 | Przewód do podłączenia do źródła CO2, dł. min. 100 cm - 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 17 | Pasywny system oddymiania oparty na filtrze dymu z drenem o dł. min. 50 cm wraz z regulatorem siły oddymiania, jednorazowy, sterylny, opakowanie 10szt. – 1 op. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| **POMPA SSĄCO - PŁUCZĄCA - 1 ZESTAW** | | | | |
| 1 | Obsługa i regulacja parametrów pracy pompy poprzez kolorowy ekran dotykowy | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 2 | Funkcja płukania realizowana w oparciu o technologię rolkową / perystaltyczną | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 3 | Funkcja odsysania realizowana na zasadzie pompy próżniowej (podciśnieniowej) | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 4 | Maksymalna prędkość płukania min. 1200 ml/min., z możliwością regulacji i ustawiania niższych wartości | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 5 | Maksymalne ciśnienie płukania min. 500 mmHg z możliwością ustawienia niższych wartości | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 6 | Maksymalne podciśnienie odsysania  min. (- 0,8) bar | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 7 | Pompa wyposażona we wskaźnik aktualnej i ustawionej prędkości płukania | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 8 | Pompa wyposażona we wskaźnik aktualnego i ustawionego podciśnienia odsysania | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 9 | Dren płuczący z kontrolą przepływu do laparoskopii, jednorazowy, sterylny, do zastosowania z oferowaną pompą, op 10 szt. – 1 op. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 10 | Dren ssący, niesterylny z Luer-Lock – 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| **AKCESORIA DODATKOWE :** | | | | |
| 1 | Statyw jezdny na dodatkowy monitor – 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 2 | Wózek endoskopowy z ramieniem na monitor kompatybilny z oferowanym zestawem wraz z uchwytem na butlę CO2 – 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 3 | Zestaw do bezprzewodowej transmisji obrazu w technologii 4K do przesyłu obrazu na dodatkowy monitor – 1 zestaw | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| **DODATKOWE WYMAGANIA :** | | | | |
| 1 | Możliwość podłączenia dedykowanego egzoskopu z trybem obrazowania NIR / ICG do zabiegów chirurgii otwartej, kompatybilny z oferowaną głowicą 4K ICG | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 2 | Możliwość rozbudowy systemu do obrazowania w technologii 3D / 4K / ICG | TAK |  | arametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| **INSTRUMENTARIUM LAPAROSKOPOWE:** | | | | |
| 1 | Trokar kompletny - śr. kaniuli 5 - 6 mm, dł. robocza 10-11 cm - komplet (kaniula gładka, ścięta z przyłączem LUER-Lock i kranikiem do podłączenia insuflacji; zawór kaniuli trokara, z klapą otwieraną pod naporem instrumentu i ręcznie przy pomocy dedykowanej dźwigni; gwóźdź piramidalny) – 2 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 2 | Trokar kompletny - śr. kaniuli 10 - 11 mm, dł. robocza 10-11 cm - komplet (kaniula gładka, ścięta z przyłączem LUER-Lock i kranikiem do podłączenia insuflacji; zawór kaniuli trokara, z klapą otwieraną pod naporem instrumentu i ręcznie przy pomocy dedykowanej dźwigni; gwóźdź piramidalny) – 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 3 | Nasadka redukcyjna, 11 / 5 mm, mocowana do zaworu trokara - 2 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 4 | Trokar kompletny - śr. kaniuli 13 - 13,5 mm, dł. robocza 11-12 cm - komplet (kaniula gładka, ścięta z przyłączem LUER-Lock i kranikiem do podłączenia insuflacji; zawór kaniuli trokara, z klapą otwieraną pod naporem instrumentu i ręcznie przy pomocy dedykowanej dźwigni; gwóźdź piramidalny) – 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 5 | Podwójna nasadka redukcyjna, 13 / 10 mm, 13,5/10 i 13/5, 13,5/5 - mocowana do zaworu trokara - 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 6 | Rurka ssąco-płucząca z bocznymi otworami i zaworem dwudrożnym, śr. 5 mm, dł. 36 cm – 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 7 | Igła Veressa, śr. 2,0 - 2,2 mm, dł. 15 cm - 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 8 | Igła punkcyjna, z przyłączem Luer, śr. Igły 1,6 mm, śr. Tulei 5mm, dł. 36 cm – 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 9 | Klipsownica, wielorazowa, obrotowa, rozbieralna, komplet: tubus metalowy z przyłączem do przepłukiwania , wkład, uchwyt metalowy; śr. 10 mm, dł. 36 cm – 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 10 | Retraktor wątrobowy, wachlarzowy, rozbieralny, śr. 5mm, dł. 36 cm – 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 11 | Przewód HF, monopolarny, dł. 300 cm - 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 12 | Instrument typu Berci, do zamykania powięzi i do zamykania wkłuć po trokarach, rozm. 2,8mm, dł. 17 cm – 2 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 13 | Pojemnik plastikowy do sterylizacji i przechowywania instrumentów, pokrywa przeźroczysta, perforowana, dno pojemnika perforowane, wysłane matą silikonową. Wymiary zewnętrzne [szer. x gł. x wys.] - 532 x 254 x 165 mm - 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 14 | Tuleja gwintowana do stabilizacji trokarów o średnicy 6 mm – 2 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 15 | Tuleja gwintowana do stabilizacji trokarów o średnicy 11 mm – 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 16 | Tuleja gwintowana do stabilizacji trokarów o średnicy 13 mm – 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 17 | Uchwyt plastikowy bez zapinki, monopolarny, obrotowy – 3 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 18 | Uchwyt plastikowy z zapinką zwalnianą, monopolarny, obrotowy – 4 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 19 | Tubus izolowany, metalowy, z przyłączem Luer-Lock do przepłukiwania, śr. 5mm, dł. 36 cm – 6 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 20 | Tubus izolowany, metalowy, z przyłączem Luer-Lock do przepłukiwania, śr. 5mm, dł. 43 cm – 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 21 | Nasadka do rotacji tubusu instrumentu, do zastosowania z uchwytami plastikowymi, wielorazowa, autoklawowalna – 5 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 22 | Wkład nożyczek, ostrza zakrzywione, ząbkowane, oba ruchome; monopolarne, śr. 5 mm, dł. 36 cm, kompatybilne z tubusem o dł. 36 cm i rączką plastikową – 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 23 | Wkład kleszczy preparacyjno – chwytających typu Kelly, bransze długie, obie ruchome; monopolarne, śr. 5 mm, dł. 36 cm, kompatybilne z tubusem o dł. 36 cm i rączką plastikową – 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 24 | Wkład kleszczy preparacyjno – chwytających, bransze mocno zagięte, obie ruchome; monopolarne, obrotowe, śr. 5 mm, dł. 36 cm, kompatybilne z tubusem o dł. 36 cm i rączką plastikową – 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 25 | Wkład kleszczy jelitowych, bransze długie, obie ruchome; monopolarne, obrotowe, śr. 5 mm, dł. 36 cm, kompatybilne z tubusem o dł. 36 cm i rączką plastikową – 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 26 | Wkład kleszczy jelitowych, bransze długie, obie ruchome; monopolarne, obrotowe, śr. 5 mm, dł. 43 cm, kompatybilne z tubusem o dł. 43 cm i rączką plastikową – 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 27 | Wkład kleszczy jelitowych, bransze krótkie, obie ruchome; monopolarne, obrotowe, śr. 5 mm, dł. 36 cm, kompatybilne z tubusem o dł. 36 cm i rączką plastikową – 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 28 | Wkład kleszczy okienkowych typu Babcock, bransze obie ruchome; monopolarne, obrotowe, śr. 5 mm, dł. 36 cm, kompatybilne z tubusem o dł. 36 cm i rączką plastikową – 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 29 | Elektroda koagulacyjno - preparacyjna, haczykowa, kształt L, monopolarna, śr. 5 mm, dł. 36 cm – 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 30 | Imadło laparoskopowe, rękojeść prosta z zapinką z możliwością odblokowania na stałe, bransze zakrzywione w lewo, dł. 33 cm - 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 31 | Rurka ssąco-koagulacyjna, bipolarna, śr. 5mm, dł. 33 cm, z zaworem – 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 32 | Elektroda koagulacyjno - preparacyjna, haczykowa, kształt L, monopolarna, z kanałem ssącym, śr. 5 mm, dł. 36 cm – 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 33 | Uchwyt z zaworem do zastosowania z elektrodami z kanałem ssącym – 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Warunki gwarancji i serwisu:** | | | **Oferowany okres gwarancji i inne** |
| 1. | Okres gwarancji jakości i rękojmi za wady, liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego **min. 24** miesiące **max. 36** miesięcy | TAK, należy podać jeden okres gwarancji, który będzie dotyczył każdej pozycji w pakiecie\* | …………………miesięcy |
| 2. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny | TAK\*/NIE  \* podać adresy oraz telefony kontaktowe |  |
| 3. | Możliwość zgłaszania wad/usterek | TAK podać numery telefonów i faksu i/lub e-mail |  |
| 4. | Warunki serwisu pogwarancyjnego i inne wymagania | TAK\*/NIE  \*Podać ewentualne wymagania |  |
| 5. | Ograniczenia gwarancji | TAK\*/NIE  \*podać możliwe przyczyny jej utraty |  |

**\***Jeżeli Wykonawca wpisze różne okresy gwarancji dla poszczególnych pozycji w pakiecie, wówczas Zamawiający uzna iż Wykonawca zobowiązuj się do udzielenia gwarancji na minimalny okres wynoszący 24 miesiące licząc od dnia podpisania bez zastrzeżeń przez Zamawiającego protokołu odbioru przedmiotu zamówienia.

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY:**

**Deklarujemy dostawę przedmiotu zamówienia w terminie do …………… tygodni licząc od dnia zawarcia umowy\*\***

\*\* W przypadku podania przez Wykonawcę krótszego lub dłuższego (niż wymagany) terminu dostawy, wpisania różnych terminów dostawy dla poszczególnych pozycji w pakiecie lub nie podanie (nie wpisanie) terminu dostawy w Formularzu asortymentowo – cenowym (parametry techniczno/użytkowe), Zamawiający uzna, że Wykonawca oferuje najdłuższy termin dostawy, tj. do 14 tygodni licząc od dnia zawarcia umowy.

**UWAGA:**

1. W celu identyfikacji zaoferowanego przedmiotu zamówienia (spośród wielu dostępnych na rynku) oraz oceny jego zgodności z zapisami określonymi w SWZ, w ofercie należy podać nazwę producenta, model, nr katalogowy oraz parametry oferowanego sprzętu medycznego, umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanego przedmiotu zamówienia.
2. Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca – wypełniając ten załącznik – oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany przedmiot zamówienia. **W przypadku gdy, Wykonawca w kolumnie „Parametr/Warunek oferowany (podać zakres lub opisać) użyję słów minimum , minimalny, itp. Zamawiający uzna,żę zaoferowane rozwiązanie nie jest skonkretyzowane, a wieć nie odpowiada treści SWZ i dokona odrzucenia oferty.**
3. Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treść – stanowi on integralną część oferty – deklarację Wykonawcy co do jej treści, brak tego załącznika, zawierającego treść nie zgodne z wzorem określonym w SWZ warunków zamówienia, spowoduje odrzucenie oferty.

Miejscowość, ……………………., dnia ………….2024r.

………………………………………………………..

*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

**Formularz asortymentowo-cenowy (parametry techniczno - użytkowe)**

**Zakup aparatury i sprzętu medycznego dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 2 w Jastrzębiu - Zdroju**

**Znak sprawy: BZP.38.382-19..24**

**Pakiet nr 4 - System elektrochirugiczny z funkcją koagulacji argonowej oraz systemem zamykania dużych naczyń - zestaw   
z wyposażeniem dla potrzeb Bloku Operacyjnego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wyszczególnienie** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena Jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** | **Producent, model, nr katalogowy, kraj pochodzenia** (jeżeli dotycz) |
| 1.. | **Sys SYSTEM ELEKTROCHIRURGICZNY Z FUNKCJĄ KOAGULACJI ARGONOWEJ ORAZ SYSTEMEM ZAMYKANIA DUŻYCH NACZYŃ – ZESTAW Z WYPOSAŻENIEM** | Szt. | 1 |  |  | 8% |  |  |
| 2. | **BUTLA ARGONOWA 5L** | Kpl. | 1 |  |  | 23% |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |  |  |  |

\*Uwaga: Zgodnie z Rozdziałem 18 pkt. 2 SWZ Zamawiający wskazuje stawkę VAT dla poszczególnych pozycji, której nie należy zmieniać w celu obliczenia ceny oferty.

**PARAMETRY TECHNICZNO – UŻYTKOWE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa parametru/podzespołu** | **Parametr / Warunek wymagany** | **Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)** | **Ilość punktów możliwych do uzyskania** |  |
| **INFORMACJE OGÓLNE** | | | | |  |
|  | Rok produkcji min. 2023r., urządzenie fabrycznie nowe, nierekondycjonowane, nie powystawowy | TAK, podać rok produkcji |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
| **PARAMETRY TECHNICZNE** | | | | |  |
|  | Urządzenie umożliwiające pracę monopolarną i bipolarną | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Urządzenie z możliwością pracy w osłonie argonu oraz systemem zamykania naczyń do 7mm | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Zasilanie elektryczne urządzenia: 230V 50Hz | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Podstawowa częstotliwość pracy generatora 333kHz | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Aparat z zabezpieczeniem przed impulsem defibrylacji | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Zabezpieczenie przeciwporażeniowe  Klasa I CF | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Zabezpieczenie przed przeciążeniem aparatu z aktywnym pomiarem temperatury kluczowych elementów | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Aparat w pełni zintegrowany (jedno urządzenie), bez dodatkowych przystawek. Obsługa wszystkich dostępnych trybów pracy z jednego panelu sterowania | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Automatyczny test urządzenia po uruchomieniu. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Komunikacja z urządzeniem za pomocą ekranu dotykowego | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Czytelny ciekłokrystaliczny wyświetlacz parametrów pracy, nie mniejszy niż 9” | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Regulacja kąta nachylenia ekranu umożliwiająca optymalną widoczność panelu sterowania niezależnie od warunków (oświetlenia, wysokości ustawienia urządzenia itp.) | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Możliwość regulacji jasności ekranu | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
| 1. . | Możliwość wyboru wersji graficznej wyświetlacza (jasna do sali operacyjnej, ciemna do pracowni endoskopowej) | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Komunikacja w języku polskim | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | System kontroli aplikacji elektrody neutralnej dwudzielnej. Stała kontrola aplikacji elektrody podczas trwania całego zabiegu. Wyświetlacz poprawnego podłączenia elektrody neutralnej. Możliwość wyboru elektrody neutralnej dzielonej dla dorosłych i dzieci lub dla noworodków | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Zła aplikacja elektrody neutralnej dwudzielnej sygnalizowania alarmem, komunikatem na ekranie oraz komunikatem głosowym w języku polskim | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | System rozpoznawania podłączonych narzędzi. Automatyczne przywoływanie trybów pracy i nastaw dla podłączonego narzędzia | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Urządzenie wyposażone w 4 wyjścia uniwersalne umożliwiające podłączenie akcesoriów mono lub bipolarnych z systemem rozpoznawania narzędzi | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Możliwość regulacji głośności sygnałów aktywacji – min. 8 poziomów (bez możliwości całkowitego wyciszenia) | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Możliwość zapamiętania min. 100 programów i zapisania ich pod dowolną nazwą | TAK , podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Sygnalizacja akustyczna i wizualna aktywowanego trybu pracy | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Aktywacja funkcji monopolarnych włącznikiem nożnym lub z uchwytu elektrody czynnej | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Funkcja ograniczenia czasu aktywacji trybów mono i bipolarnych z możliwością regulacji czasu | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | 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 |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Zdalna zmiana programów za pomocą trzeciego przycisku włącznika nożnego | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Możliwość zmiany parametrów pracy za pomocą trzeciego przycisku włącznika nożnego | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Urządzenie umożliwiające pracę z bezprzewodowym (radiowym) włącznikiem nożnym | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Aparat na wózku wyposażonym w platformę jezdną z blokadą kół, z zamykaną szafką na 2 butle argonowe 10 l | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Instrukcja w języku polskim | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Cięcie monopolarne z mocą 400W | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Minimum 5 rodzajów cięcia monopolarnego w tym cięcie specjalistyczne w osłonie argonu, cięcie specjalistyczne urologiczne umożliwiające pracę w środowisku płynu | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Minimum 8 efektów w każdym z dostępnych trybów cięcia | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Koagulacja monopolarna kontaktowa z mocą 200W | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Minimum 4 rodzaje koagulacji monopolarnej standardowej w tym koagulacja miękka, forsowna, bezkontaktowa (spray) | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Minimum 8 efektów koagulacji dostępnych dla każdego z wymaganych trybów koagulacji monopolarnej kontaktowej | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Koagulacja monopolarna argonowa z mocą 80W | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Automatyczne rozpoznawanie podłączonych narzędzi argonowych wraz z automatycznym przywołaniem trybów pracy i nastaw właściwych dla podłączonego instrumentu | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Informacja na wyświetlaczu o wartości nastawionego przepływu argonu dla koagulacji i odrębnie dla cięcia | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Regulacja przepływu argonu w zakresie od 0,1 do 10l | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Funkcja napełnienia instrumentów argonem przed rozpoczęciem | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Koagulacja bipolarna z mocą 120W | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Minimum 3 rodzaje koagulacji bipolarnej, w tym tryb specjalistyczny przeznaczony do zabiegów urologicznych | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Minimum 8 efektów dostępnych dla trybu koagulacji bipolarnej | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Opcja automatycznego startu i zakończenia koagulacji bipolarnej dostępna w min. jednym z trybów | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Minimum 2 rodzaje cięcia bipolarnego w tym tryb cięcia specjalistycznego do urologii umożliwiający pracę w środowisku płynu | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Minimum 8 efektów dostępnych w każdym z trybów cięcia bipolarnego | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Tryb bipolarnego zamykania dużych naczyń krwionośnych z mocą 300W | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Minimum 8 poziomów intensywności pracy w trybie zamykania naczyń krwionośnych | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Automatyczne zakończenie cyklu po zamknięciu naczynia | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Potwierdzenie poprawnego zamknięcia naczynia komunikatem na ekranie oraz sygnałem dźwiękowym | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
| **WYPOSAŻENIE** | | | | |  |
|  | Włącznik nożny bezprzewodowy, 2-przyciskowy, z dodatkowym przełącznikiem umożliwiający zdalną zmianę programów – 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Elektrody neutralne jednorazowego użytku, dwudzielne, hydrożelowe z systemem rozprowadzającym prąd równomiernie na całej powierzchni elektrody, nie wymagające aplikacji w określonym kierunku w stosunku do pola operacyjnego, powierzchnia przewodząca 110cm2, pakowane po 5szt. - 50 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Kabel elektrod jednorazowych dł. 5m – 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | 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. 300 cykli sterylizacji - 5 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Elektrody monopolarne wielorazowe typu nóż prosty dł. 25mm, kompatybilne z uchwytem 4mm - 5 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Szczypce do koagulacji bipolarnej, wielorazowe, długość ok. 160 mm, końcówka tępa 1mm - 3 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Kabel do instrumentów bipolarnych, wielorazowy, długość 3m, kompatybilny z systemem rozpoznawania narzędzi – 3 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Klemy do zamykania dużych naczyń krwionośnych, końcówka zagięta, długość ok. 23cm, przeznaczone do wielokrotnej sterylizacji – 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Kabel do klem bipolarnych, wielorazowy, długość 3m, kompatybilny z systemem rozpoznawania narzędzi – 2 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Laparoskopowy instrument do koagulacji bipolarnej oraz zamykania naczyń, z rączką dł. 340mm, z nierozłącznym kablem dł. min. 3m kompatybilny z systemem rozpoznawania narzędzi. Przeznaczony do wielokrotnej sterylizacji – 2 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Płaszcz zewnętrzny dł. 340mm do bipolarnego laparoskopowego instrumentu, średnica 5mm – 2 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Wielorazowy wkład od instrumentu laparoskopowego, typ Maryland, dł. 340mm – 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Wielorazowy wkład od instrumentu laparoskopowego, typ nożyczki bipolarne, zakrzywione, dł. 340mm – 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Wielorazowy uchwyt elektrody argonowej z przyciskami do aktywacji cięcia i koagulacji, z nierozłącznym kablem dł. min. 3m, kompatybilny z systemem rozpoznawania narzędzi – 2 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Wielorazowa elektroda argonowa sztywna do koagulacji, dł. robocza 320mm, śr. 5mm- 2szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Wielorazowy kabel do podłączenia instrumentów laparoskopowych, dł. min. 5m, kompatybilny z systemem rozpoznawania narzędzi – 2 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Wielorazowy kabel bipolarny do resektoskopu, dł. 4,5 m wtyk kompatybilny z systemem rozpoznawania narzędzi – 1 szt. | TAK, |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Butla argonowa – 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Reduktor argonowy – 1 szt. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |
|  | Wózek wyposażony w cztery kółka, z rączką , z zamykaną szafką na butle argonowe 10-litrowe. Wyposażony w półkę na włącznik nożny oraz koszyk na akcesoria. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Warunki gwarancji i serwisu:** | | | **Oferowany okres gwarancji i inne** | **Ilość punktów możliwych do uzyskania** |
| 1. | Okres gwarancji jakości i rękojmi za wady, liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego **min. 36** miesiące **max. 48** miesięcy | - 48 miesięcy – 20 pkt.;  - od 36 do 48 miesięcy – ilość punktów przyznana będzie według wzoru | ……………………..miesięcy | - 48 miesięcy – 20 pkt.;  - od 36 do 47 miesięcy – ilość punktów przyznana będzie według wzoru |
| 2. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny | TAK\*/NIE  \* podać adresy oraz telefony kontaktowe |  | Parametr nie podlega ocenie  w zakresie kryterium oceny ofert |
| 3. | Możliwość zgłaszania wad/usterek | TAK podać numery telefonów i faksu i/lub e-mail |  | Parametr nie podlega ocenie  w zakresie kryterium oceny ofert |
| 4. | Warunki serwisu pogwarancyjnego i inne wymagania | TAK\*/NIE  \*Podać ewentualne wymagania |  |  |
| 5. | Ograniczenia gwarancji | TAK\*/NIE  \*podać możliwe przyczyny jej utraty |  |  |

**\*** Jeżeli Wykonawca wpisze różne okresy gwarancji dla poszczególnych pozycji w pakiecie, wówczas Zamawiający uzna iż Wykonawca zobowiązuj się do udzielenia gwarancji na minimalny okres wynoszący 36 miesiące licząc od dnia podpisania bez zastrzeżeń przez Zamawiającego protokołu odbioru przedmiotu zamówienia.

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY:**

**Deklarujemy dostawę przedmiotu zamówienia w terminie do …………… tygodni licząc od dnia zawarcia umowy\*\***

\*\* W przypadku podania przez Wykonawcę krótszego lub dłuższego (niż wymagany) terminu dostawy, wpisania różnych terminów dostawy dla poszczególnych pozycji w pakiecie lub nie podanie (nie wpisanie) terminu dostawy w Formularzu asortymentowo – cenowym (parametry techniczno/użytkowe), Zamawiający uzna, że Wykonawca oferuje najdłuższy termin dostawy, tj. do 8 tygodni licząc od dnia zawarcia umowy.

**UWAGA:**

1. W celu identyfikacji zaoferowanego przedmiotu zamówienia (spośród wielu dostępnych na rynku) oraz oceny jego zgodności z zapisami określonymi w SWZ, w ofercie należy podać nazwę producenta, model, nr katalogowy oraz parametry oferowanego sprzętu medycznego, umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanego przedmiotu zamówienia.
2. Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca – wypełniając ten załącznik – oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany przedmiot zamówienia. **W przypadku gdy, Wykonawca w kolumnie „Parametr/Warunek oferowany (podać zakres lub opisać) użyję słów minimum , minimalny, itp. Zamawiający uzna,żę zaoferowane rozwiązanie nie jest skonkretyzowane, a wieć nie odpowiada treści SWZ i dokona odrzucenia oferty.**
3. Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treść – stanowi on integralną część oferty – deklarację Wykonawcy co do jej treści, brak tego załącznika, zawierającego treść nie zgodne z wzorem określonym w SWZ warunków zamówienia, spowoduje odrzucenie oferty.

Miejscowość, ……………………., dnia ………….2024r.

………………………………………………………..

*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

**Formularz asortymentowo-cenowy (parametry techniczno - użytkowe)**

**Zakup aparatury i sprzętu medycznego dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 2 w Jastrzębiu - Zdroju**

**Znak sprawy: BZP.38.382-19..24**

**Pakiet nr 5 - Lampa operacyjna LED – dwuczaszowa dla potrzeb Poradni Chirurgii Szczękowo - Twarzowej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wyszczególnienie** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena Jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** | **Producent, model, nr katalogowy, kraj pochodzenia** (jeżeli dotycz) |
| 1. | **LAMPA OPERACYJNA LED- DWUCZASZOWA** | Szt. | 1 |  |  | 8% |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |  |  |  |

\*Uwaga: Zgodnie z Rozdziałem 18 pkt. 2 SWZ Zamawiający wskazuje stawkę VAT dla poszczególnych pozycji, której nie należy zmieniać w celu obliczenia ceny oferty.

**PARAMETRY TECHNICZNO – UŻYTKOWE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa parametru/podzespołu** | **Parametr / Warunek wymagany** | **Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)** | **Ilość punktów możliwych do uzyskania** |
| **INFORMACJĘ OGÓLNE** | | | | |
|  | Rok produkcji 2024 ,urządzenie fabrycznie nowe, nierekondycjonowane, nie powystawowy | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| **PARAMETRY TECHNICZNE** | | | | |
|  | Dwuczaszowa, bezcieniowa lampa operacyjna mocowana do sufitu na zawieszeniu podwójnym. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Czasza główna ze źródłem światła w postaci 70 diod LED +/- 10%. | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Czasza satelitarna ze źródłem światła w postaci 70 diod LED +/- 10%. | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Źródło światła – ciepłe i zimne białe diody LED  *(Nie dopuszcza się światła emitowanego z diod wielokolorowych po zmieszaniu kilku barw).* | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Matryce LED z możliwością łatwej wymiany zespołów diodowych, maksymalnie 15 diod LED. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Matryce LED osłonięte łatwą do czyszczenia jednorodną osłoną wykonaną ze szkła bezpiecznego.  (*Nie dopuszcza się osłon wykonanych z tworzyw sztucznych).* | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Regulacja średnicy pola operacyjnego za pomocą centralnego uchwytu sterylnego umieszczonego centralnie na oprawie lampy. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Regulacja natężenia światła w zakresie min 25%÷100%, płynnie lub w co najmniej 8 krokach, realizowana za pomocą panelu elektronicznego umieszczonego na boku oprawy lub ramieniu lampy. | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Dodatkowe światło endoskopowe w kolorze białym o wartości natężenia max. 8000 lx, włączane odrębnym przyciskiem na panelu elektronicznym. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Czasza główna o średnicy 55 cm ± 5 cm. | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Czasza satelitarna o średnicy 55 cm ± 5 cm. | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Czasze lampy w kształcie koła o bryle monolitycznej, zamkniętej, zwartej łatwej do utrzymania lampy w czystości | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Czasze jednorodne, bez podziału wykonane z lekkich stopów aluminium dla właściwego odprowadzania ciepła.  *(Nie dopuszcza się czasz wykonanych z tworzyw sztucznych lub/i kompozytów).* | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Powierzchnia czasz lekko wypukła, gładka, łatwa do czyszczenia bez szczelin segmentacyjnych i wgłębień, | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Czasze z uchwytami niesterylnymi w postaci relingu na minimum 60% obwodu kopuły | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 1. 16 | W centrum czasz zlokalizowane uchwyty sterylne z nakładkami wymiennymi. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| **PARAMETRY ŚWIETLNE** | | | | |
|  | Natężenie światła czaszy głównej lampy >= 130 [klx]. | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Natężenie światła czaszy satelitarnej lampy >= 130 [klx]. | TAK podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Temperatura barwowa każdej czaszy lampy regulowana co najmniej w trzech krokach. Wymagane są następujące poziomy temperatury barwowej 3800-4400-5000K [+/-100K]. | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Współczynnik odwzorowania barw każdej czaszy lampy CRI >= 96 [%]. | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Współczynnik odwzorowania barwy czerwonej każdej czaszy lampy >= 96 [%]. | TAK podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Zakres regulacji, wielkości minimalnej i maksymalnej średnicy pola bezcieniowego w polu operacyjnym dla czaszy głównej lampy od 160 do 280 mm +- 10 mm; dla czaszy satelitarnej od 160 do 280 mm +- 10 mm. | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Głębokość wstępnie zogniskowanego oświetlenia dla czaszy głównej lampy (L1+L2) >= 95 [cm] przy 20% maksymalnego natężenia. | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Głębokość wstępnie zogniskowanego oświetlenia dla czaszy satelitarnej lampy (L1+L2) >= 95 [cm] przy 20% maksymalnego natężenia. | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Mocowanie każdej oprawy lampy na 2 ruchomych ramionach. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofe |
|  | Możliwość obrotu ramienia z oprawą główną o 360° wokół sufitowego punktu mocowania lampy. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Możliwość obrotu ramienia z oprawą satelitarną o 360° wokół sufitowego punktu mocowania lampy | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Możliwość obrotu ramienia o 360° na przegubie łączącym ramiona. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | **ZASILANIE, ZASILENIE AWARYJNE** | | | |
|  | Włącznik i wyłącznik lampy umieszczony na czaszy lub ramieniu lampy | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Napięcie zasilające 230[V] / 50-60 [Hz] | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Moc pobierana przez matrycę LED czaszy głównej lampy max 70 [W] | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Moc pobierana przez matrycę LED czaszy satelitarnej lampy max 70 [W] | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Możliwość zasilania awaryjnego lampy w przypadku awarii zasilania głównego | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Żywotność matryc LED min. 50 000 godzin | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| **POZOSTAŁE WYMAGANIA** | | | | |
|  | Zapasowe uchwyty do pozycjonowania opraw wielorazowego użytku, z możliwością sterylizowania ich w autoklawie – 2 szt. na jedną oprawę. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona wraz z urządzeniem. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Demontaż i montaż w miejscu posiadanej lampy dwuczaszowej - czteroogniskowej | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Warunki gwarancji i serwisu:** | | | **Oferowany okres gwarancji i inne** | **Ilość punktów możliwych do uzyskania** |
| 1. | Okres gwarancji jakości i rękojmi za wady, liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego **min. 24** miesiące **max. 36** miesięcy | TAK, należy podać jeden okres gwarancji, który będzie dotyczył każdej pozycji w pakiecie\* | ……………………..miesięcy | - 36 miesięcy – 20 pkt.;  - od 24 do 35 miesięcy – ilość punktów przyznana będzie według wzoru |
| 2. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny | TAK\*/NIE  \* podać adresy oraz telefony kontaktowe |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 3. | Możliwość zgłaszania wad/usterek | TAK podać numery telefonów i faksu i/lub e-mail |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 4. | Warunki serwisu pogwarancyjnego i inne wymagania | TAK\*/NIE  \*Podać ewentualne wymagania |  |  |
| 5. | Ograniczenia gwarancji | TAK\*/NIE  \*podać możliwe przyczyny jej utraty |  |  |

**\*** Jeżeli Wykonawca wpisze różne okresy gwarancji dla poszczególnych pozycji w pakiecie, wówczas Zamawiający uzna iż Wykonawca zobowiązuj się do udzielenia gwarancji na minimalny okres wynoszący 24 miesiące licząc od dnia podpisania bez zastrzeżeń przez Zamawiającego protokołu odbioru przedmiotu zamówienia.

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY:**

**Deklarujemy dostawę przedmiotu zamówienia w terminie do …………… tygodni licząc od dnia zawarcia umowy\*\***

\*\* W przypadku podania przez Wykonawcę krótszego lub dłuższego (niż wymagany) terminu dostawy, wpisania różnych terminów dostawy dla poszczególnych pozycji w pakiecie lub nie podanie (nie wpisanie) terminu dostawy w Formularzu asortymentowo – cenowym (parametry techniczno/użytkowe), Zamawiający uzna, że Wykonawca oferuje najdłuższy termin dostawy, tj. do 12 tygodni licząc od dnia zawarcia umowy.

**UWAGA:**

1. W celu identyfikacji zaoferowanego przedmiotu zamówienia (spośród wielu dostępnych na rynku) oraz oceny jego zgodności z zapisami określonymi w SWZ, w ofercie należy podać nazwę producenta, model, nr katalogowy oraz parametry oferowanego sprzętu medycznego, umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanego przedmiotu zamówienia.
2. Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca – wypełniając ten załącznik – oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany przedmiot zamówienia. **W przypadku gdy, Wykonawca w kolumnie „Parametr/Warunek oferowany (podać zakres lub opisać) użyję słów minimum , minimalny, itp. Zamawiający uzna,żę zaoferowane rozwiązanie nie jest skonkretyzowane, a wieć nie odpowiada treści SWZ i dokona odrzucenia oferty.**
3. Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treść – stanowi on integralną część oferty – deklarację Wykonawcy co do jej treści, brak tego załącznika, zawierającego treść nie zgodne z wzorem określonym w SWZ warunków zamówienia, spowoduje odrzucenie oferty.

Miejscowość, ……………………., dnia ………….2024r.

………………………………………………………..

*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

**Formularz asortymentowo-cenowy (parametry techniczno - użytkowe)**

**Zakup aparatury i sprzętu medycznego dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 2 w Jastrzębiu - Zdroju**

**Znak sprawy: BZP.38.382-19..24**

**Pakiet nr 6 - Videogastroskop dla Potrzeb Pracowni Enodskopowej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wyszczególnienie** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena Jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** | **Producent, model, nr katalogowy, kraj pochodzenia** (jeżeli dotycz) |
| 1. | **VIDEOGASTROSKOP HD** | Szt. | 2 |  |  | 8% |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |  |  |  |

\*Uwaga: Zgodnie z Rozdziałem 18 pkt. 2 SWZ Zamawiający wskazuje stawkę VAT dla poszczególnych pozycji, której nie należy zmieniać w celu obliczenia ceny oferty.

**PARAMETRY TECHNICZNO – UŻYTKOWE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa parametru/podzespołu** | **Parametr / Warunek wymagany** | **Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)** | **Ilość punktów możliwych do uzyskania** |
| **INFORMACJĘ OGÓLNE** | | | | |
|  | Rok produkcji min. 2023r., urządzenie fabrycznie nowe, nierekondycjonowane, nie powystawowy | Tak, podać rok produkcji |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| **PARAMETRY TECHNICZNE** | | | | |
|  | Kąt obserwacji min.1400 | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Głębia ostrości min. 2-100 mm | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Średnica zewnętrzna wziernika max. 9,3 mm | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Średnica zewnętrzna końcówki endoskopu 9,2 mm | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Średnica kanału roboczego 2,8 mm | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Długość robocza min. 1100 mm | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Kąt zagięcia końcówki endoskopu:  -w górę. 2100  -w dół. 900  -w lewo .1000  -w prawo 1000 | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Cztery programowalne przyciski endoskopowe | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Kamera endoskopu z matrycą w technologii CMOS | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Kompatybilny z trybem obrazowania BLI, LCI | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Przekaz sygnału z kamery endoskopu do procesora obrazu złączem optycznym | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Aparat w pełni zanurzalny, nie wymagający nakładek uszczelniających | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Pełna separacja galwaniczna w konektorze łączącym endoskop z procesorem | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Typ konektora - jednogniazdowy | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Dodatkowy kanał do spłukiwania pola operacyjnego | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
|  | Aparat kompatybilny z posiadanym procesorem EP6000 | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Warunki gwarancji i serwisu:** | | | **Oferowany okres gwarancji i inne** | **Ilość punktów możliwych do uzyskania** |
| 1. | Okres gwarancji jakości i rękojmi za wady, liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego **min. 24** miesiące **max. 36** miesięcy | TAK, należy podać jeden okres gwarancji, który będzie dotyczył każdej pozycji w pakiecie\* | ……………………..miesięcy | - 36 miesięcy – 20 pkt.;  - od 24 do 35 miesięcy – ilość punktów przyznana będzie według wzoru |
| 2. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny | TAK\*/NIE  \* podać adresy oraz telefony kontaktowe |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 3. | Możliwość zgłaszania wad/usterek | TAK podać numery telefonów i faksu i/lub e-mail |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 4. | Warunki serwisu pogwarancyjnego i inne wymagania | TAK\*/NIE  \*Podać ewentualne wymagania |  |  |
| 5. | Ograniczenia gwarancji | TAK\*/NIE  \*podać możliwe przyczyny jej utraty |  |  |

**\*** Jeżeli Wykonawca wpisze różne okresy gwarancji dla poszczególnych pozycji w pakiecie, wówczas Zamawiający uzna iż Wykonawca zobowiązuj się do udzielenia gwarancji na minimalny okres wynoszący 24 miesiące licząc od dnia podpisania bez zastrzeżeń przez Zamawiającego protokołu odbioru przedmiotu zamówienia.

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY:**

**Deklarujemy dostawę przedmiotu zamówienia w terminie do …………… tygodni licząc od dnia zawarcia umowy\*\***

\*\* W przypadku podania przez Wykonawcę krótszego lub dłuższego (niż wymagany) terminu dostawy, wpisania różnych terminów dostawy dla poszczególnych pozycji w pakiecie lub nie podanie (nie wpisanie) terminu dostawy w Formularzu asortymentowo – cenowym (parametry techniczno/użytkowe), Zamawiający uzna, że Wykonawca oferuje najdłuższy termin dostawy, tj. do 8 tygodni licząc od dnia zawarcia umowy.

**UWAGA:**

1. W celu identyfikacji zaoferowanego przedmiotu zamówienia (spośród wielu dostępnych na rynku) oraz oceny jego zgodności z zapisami określonymi w SWZ, w ofercie należy podać nazwę producenta, model, nr katalogowy oraz parametry oferowanego sprzętu medycznego, umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanego przedmiotu zamówienia.
2. Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca – wypełniając ten załącznik – oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany przedmiot zamówienia. **W przypadku gdy, Wykonawca w kolumnie „Parametr/Warunek oferowany (podać zakres lub opisać) użyję słów minimum , minimalny, itp. Zamawiający uzna,żę zaoferowane rozwiązanie nie jest skonkretyzowane, a wieć nie odpowiada treści SWZ i dokona odrzucenia oferty.**
3. Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treść – stanowi on integralną część oferty – deklarację Wykonawcy co do jej treści, brak tego załącznika, zawierającego treść nie zgodne z wzorem określonym w SWZ warunków zamówienia, spowoduje odrzucenie oferty.

Miejscowość, ……………………., dnia ………….2024r.

………………………………………………………..

*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

**Formularz asortymentowo-cenowy (parametry techniczno - użytkowe)**

**Zakup aparatury i sprzętu medycznego dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 2 w Jastrzębiu - Zdroju**

**Znak sprawy: BZP.38.382-19.24**

**Pakiet nr 7 - Aparat do hemodializy dla potrzeb Stacji Dializ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wyszczególnienie** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena Jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** | **Producent, model, nr katalogowy, kraj pochodzenia** (jeżeli dotycz) |
| 1. | **APARAT DO HEMODIALIZY** | Szt. | 2 |  |  | 8% |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |  |  |  |

\*Uwaga: Zgodnie z Rozdziałem 18 pkt. 2 SWZ Zamawiający wskazuje stawkę VAT dla poszczególnych pozycji, której nie należy zmieniać w celu obliczenia ceny oferty.

**PARAMETRY TECHNICZNO – UŻYTKOWE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa parametru/podzespołu** | **Parametr / Warunek wymagany** | **Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)** | **Ilość punktów możliwych do uzyskania** |
| **INFORMACJE OGÓLNE** | | | | |
| 1 | Rok produkcji 2024r., urządzenie fabrycznie nowe, nierekondycjonowane, nie powystawowy | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| **PARAMETRY TECHNICZNE** | | | | |
| 1 | Automatyczne profilowanie sodu | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 2 | Automatyczne profilowanie ultrafiltracji | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 3 | Automatyczny pomiar klirensu mocznika metodą „on-line” | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 4 | Bateria, która w przypadku braku zasilania z sieci energetycznej zapewni pracę aparatu przez co najmniej 15 min. | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 5 | Kontrolowana w sposób ciągły ultrafiltracja - pomiar metodą objętościową | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 6 | Możliwość wykonania hemodializy octanowej i wodorowęglanowej na ogólnie dostępnych koncentratach | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 7 | Przepływ dializatu 0-300 -500– 800 ml/min | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 8 | Automatyczne testowanie przed i w trakcie zabiegu dializy | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 9 | Płynna regulacja przepływu pompy krwi w pełnym zakresie 15 – 600 ml/min lub 20-600 ml/min | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 10 | Możliwość realizacji dializy jednogłowej metodą ( Click – clack ), posiadający 2 pompy krwi | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 11 | Pompa heparyny z możliwością automatycznego podania żądanego „bolusa” | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 12 | Ultrafiltracja sekwencyjna ( ISO UF ) – sucha bez dializatu | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 13 | Łatwo dostępny punkt pobrania próbki dializatu do analizy, bez konieczności przestawienia aparatu | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 14 | Możliwość realizacji dializy na dializatorze HIGH – FLUX | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 15 | Programy dezynfekcji chemicznej z procedurą podgrzewania środka dezynfekcyjnego | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 16 | Programy dezynfekcji termicznej w temp. 84°C lub 90°C | TAK, podać |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 17 | Graficzny podgląd istotnych stanów pracy urządzenia | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 18 | Centralny system blokowania kół | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 19 | Opcja do wytwarzania koncentratu dwuwęglanowego z suchego składnika na jeden zabieg HD | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 20 | Filtracja płynu dializacyjnego (ultraczysty dializat ) | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 21 | Oprogramowanie i komunikacja z użytkownikiem w języku polskim | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 22 | Pomiar ultrafiltracji niewymagający częstej kalibracji (max raz na rok) | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 23 | Maksymalny pobór prądu – 11A | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 24 | Graficzny ekran, nie emitujący promieniowania | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 25 | Łatwość utrzymania aparatu w czystości | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 26 | Podgląd efektywnego przepływu krwi | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 27 | Funkcja podłączenia środka dezynfekcyjnego na bazie chloru | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 28 | Sygnalizacja stanów pracy aparatu za pomocą dobrze widocznych sygnałów świetlnych emitowanych przez kolorowy sygnalizator zamontowany na aparacie | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 29 | Automatyczna regulacja okluzji rolek pompy krwi (bez konieczności dokonywania ręcznych regulacji) | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 30 | Automatyczna dezynfekcja całych kompletnych ssawek do koncentratów płynnych w trakcie dezynfekcji aparatu | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 31 | Możliwość rozszerzenia progów alarmowych zabiegu z poziomu pielęgniarki | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 32 | Filtr wody uzdatnionej | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 33 | Pomiar adekwatności dializy w trakcie trwania zabiegu | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 34 | Zintegowany rękaw do pomiaru ciśnienia krwi | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |
| 35 | Aparat kompatybilny z posiadanymi przez Szpital aparatami: HD 4008S, HD 4008S Classix, pracującymi na Stacji Dializ | TAK |  | Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Warunki gwarancji i serwisu:** | | | **Oferowany okres gwarancji i inne** | **Ilość punktów możliwych do uzyskania** |
| 1. | Okres gwarancji jakości i rękojmi za wady, liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego **min. 24** miesiące **max. 36** miesięcy | TAK, należy podać jeden okres gwarancji, który będzie dotyczył każdej pozycji w pakiecie\* | ……………….miesięcy | - 36 miesięcy – 20 pkt.;  - od 24 do 35 miesięcy – ilość punktów przyznana będzie według wzoru |
| 2. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny | TAK\*/NIE  \* podać adresy oraz telefony kontaktowe |  | Parametr nie podlega ocenie  w zakresie kryterium oceny ofert |
| 3. | Możliwość zgłaszania wad/usterek | TAK podać numery telefonów i faksu i/lub e-mail |  | Parametr nie podlega ocenie  w zakresie kryterium oceny ofert |
| 4. | Warunki serwisu pogwarancyjnego i inne wymagania | TAK\*/NIE  \*Podać ewentualne wymagania |  |  |
| 5. | Ograniczenia gwarancji | TAK\*/NIE  \*podać możliwe przyczyny jej utraty |  |  |

\* Jeżeli Wykonawca wpisze różne okresy gwarancji dla poszczególnych pozycji w pakiecie, wówczas Zamawiający uzna iż Wykonawca zobowiązuj się do udzielenia gwarancji na minimalny okres wynoszący 24 miesiące licząc od dnia podpisania bez zastrzeżeń przez Zamawiającego protokołu odbioru przedmiotu zamówienia.

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY:**

**Deklarujemy dostawę przedmiotu zamówienia w terminie do …………… tygodni licząc od dnia zawarcia umowy\*\***

\*\* W przypadku podania przez Wykonawcę krótszego lub dłuższego (niż wymagany) terminu dostawy, wpisania różnych terminów dostawy dla poszczególnych pozycji w pakiecie lub nie podanie (nie wpisanie) terminu dostawy w Formularzu asortymentowo – cenowym (parametry techniczno/użytkowe), Zamawiający uzna, że Wykonawca oferuje najdłuższy termin dostawy, tj. do 3 tygodni licząc od dnia zawarcia umowy.

**UWAGA:**

1. W celu identyfikacji zaoferowanego przedmiotu zamówienia (spośród wielu dostępnych na rynku) oraz oceny jego zgodności z zapisami określonymi w SWZ, w ofercie należy podać nazwę producenta, model, nr katalogowy oraz parametry oferowanego sprzętu medycznego, umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanego przedmiotu zamówienia.
2. .Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca – wypełniając ten załącznik – oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany przedmiot zamówienia. **W przypadku gdy, Wykonawca w kolumnie „Parametr/Warunek oferowany (podać zakres lub opisać) użyję słów minimum , minimalny, itp. Zamawiający uzna, że zaoferowane rozwiązanie nie jest skonkretyzowane, a więc nie odpowiada treści SWZ i dokona odrzucenia oferty.**
3. Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treść – stanowi on integralną część oferty – deklarację Wykonawcy co do jej treści, brak tego załącznika, zawierającego treść nie zgodne z wzorem określonym w SWZ warunków zamówienia, spowoduje odrzucenie oferty.

Miejscowość, ……………………., dnia ………….2024r.

………………………………………………………..

*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy*