**Załącznik nr 2a do SWZ**

dotyczy: postępowania prowadzonego w trybie podstawowym bez negocjacji na dostawę diatermii chirurgicznych , znak sprawy: 4 WSzKzP.SZP.2612.89.2024

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Pakiet I Diatermia chirurgiczna na potrzeby Bloku Operacyjnego Kardiochirurgii – 3 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………**

**Nazwa i typ: ……………………………………………**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy, nieużywany, nierekondycjonowany, nie powystawowy / rok produkcji 2024**

\*Odpowiedź NIE w przypadku parametrów wymaganych powoduje odrzucenie oferty

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **PARAMETRY TECHNICZNE** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETRY OFEROWANE/  NR STRONY W MATERIAŁACH INFORMACYJNYCH DOŁĄCZONYCH DO OFERTY** |
| **A.** | **PARAMETRY OGÓLNE** |  |  |
|  | Urządzenie do generowania prądu wysokiej częstotliwości (prąd HF) w celu cięcia i koagulacji tkanki oraz zamykania naczyń. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość rozbudowy o przystawkę argonowa obsługiwaną z poziomu diatermii, ewakuator dymów z pola operacyjnego | TAK, podać |  |
|  | Możliwość współpracy z preparatorem tkanek miękkich za pomocą strumienia cieczy z możliwością zamontowania diatermii na jednej platformie jezdnej | TAK, podać |  |
|  | Wielokolorowy, czytelny ekran dotykowy obrazujący parametry urządzenia, służący do komunikacji aparat-użytkownik, wielkość wyświetlacza minimum 10" | TAK, podać |  |
|  | Monitor poprawnego przylegania elektrody neutralnej z czytelną informacją dla użytkownika podawana w Ohm | TAK, podać |  |
|  | Możliwość tworzenia min 10 grup programów, oraz min.200 programów i zapisania ich pod nazwą procedury lub nazwiskiem lekarza w języku polskim | TAK, podać |  |
|  | Możliwość utworzenia min. 3 podprogramów w każdym programie z różnymi nastawami cięcia, koagulacji mono oraz bipolarnej. Możliwość wchodzenia w podprogramy przez operatora z poziomu sterylnego uchwytu monopolarnego | TAK, podać |  |
|  | Uniwersalne gniazdo bipolarne z możliwością podłączenia kabli z wtykiem typu - 2 Pin w rozstawie 22mm i 29 mm (+/- 1 mm) oraz kabli z wtykiem 1 Pin 8/4mm | TAK, podać |  |
|  | Uniwersalne gniazdo monopolarne umożliwiające bezpośrednie podłączenie przewodów z wtyczkami jednopinowymi w dwóch średnicach oraz trzypinowych bez żadnych dodatkowych łączników, adapterów | TAK, podać |  |
|  | Uniwersalne gniazdo do podłączenia instrumentów mono oraz bipolarnych umożliwiające podpięcie narzędzi monopolarnych w systemie wtyczek 3 pinowych oraz kabli z wtykiem typu- 2 Pin w rozstawie 22mm i 29mm (+/- 1 mm) | TAK, podać |  |
|  | Uniwersalne gniazdo neutralne, które pozwala na podłączenie wtyczki Ø 6,35 mm i wtyczki z 2 bolcami | TAK, podać |  |
|  | Diatermia z gniazdem wielofunkcyjnym obsługującym wyposażenie z wtyczkami MF | TAK, podać |  |
|  | Aparat umożliwiający równoczesne podpięcie do 3 instrumentów bipolarnych | TAK, podać |  |
|  | Aparat z wymiennymi gniazdami przyłączeniowymi - wymiana gniazd odbywa się bez otwierania obudowy aparatu | TAK, podać |  |
|  | Moc wyjściowa dla cięcia monopolarnego regulowana do min. 380 W | TAK, podać |  |
|  | Moc wyjściowa dla cięcia bipolarnego regulowana do min. 390 W | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wyboru trybu cięcia dla trybu monopolarnego - co najmniej 3 rodzaje | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wyboru trybu cięcia dla trybu bipolarnego - co najmniej 2 rodzaje | TAK, podać |  |
|  | Oddzielne programy do polipektomii i sfinkterotomii polegające na automatycznym doborze parametrów mocy prądów | TAK, podać |  |
|  | Moc wyjściowa maksymalna do koagulacji bipolarnej i monopolarnej nie mniejsza niż 200 W | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wyboru koagulacji bipolarnej między: delikatną-niekarbonizującą i intensywną | TAK, podać |  |
|  | Możliwość jednoczasowej pracy w trybie koagulacji przy użyciu dwóch instrumentów monopolarnych | TAK, podać |  |
|  | Możliwość pracy z funkcją automatycznej aktywacji tzw. Auto Start (po uzyskaniu bezpośredniego kontaktu elektrody z tkanką) dla koagulacji bipolarnej | TAK, podać |  |
|  | Możliwość pracy z funkcją automatycznej dezaktywacji tzw. Auto Stop (po skutecznym skoagulowaniu tkanki) dla koagulacji monopolarnej i bipolarnej | TAK, podać |  |
|  | Funkcja bipolarnego zamykania dużych naczyń do 7mm oparta na dostosowaniu prądu i czasu aktywacji do ilości tkanek i stosowanego instrumentu (funkcja zamykania naczyń obligatoryjnie z funkcją Auto Stop) | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wyboru sposobu aktywacji bipolarnego zamykania dużych naczyń poprzez funkcję Auto Start po dotknięciu tkanki przez instrument do zabiegów otwartych praca rozpoczyna się automatycznie | TAK, podać |  |
|  | Tryb cięcia w środowisku soli fizjologicznej oparty na dostarczaniu prądu o wartości regulowanej automatycznie w zakresie do min.400W | TAK, podać |  |
|  | Tryb koagulacji w środowisku soli fizjologicznej oparty na dostarczaniu prądu o wartości regulowanej automatycznie w zakresie do 240W | TAK, podać |  |
|  | Bezprzewodowa komunikacja z aparatem - np. do celów serwisowych | TAK, podać |  |
|  | Możliwość regulacji : a) jasności  b) natężenia dźwięku c) języka | TAK, podać |  |
|  | System stałej kontroli aplikacji elektrody neutralnej dwudzielnej (ukierunkowanie elektrody, kontakt ze skórą pacjenta, połączenie z diatermią) | TAK, podać |  |
|  | Wyposażenie: |  |  |
|  | Wózek pod diatermię – 1 szt. (tylko do jednej diatermii | TAK, podać |  |
|  | Kabel elektrody neutralnej jednorazowej z klipsem, dł. 4m - 3szt. (po 1 szt. do każdej diatermii) | TAK, podać |  |
| **B.** | **INNE** |  |  |
| 1 | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta, wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą |  |
| 2 | Czy producent zaleca wykonywanie przeglądów technicznych?  Jeżeli TAK podać częstotliwość wykonania przeglądów technicznych zalecanych przez producenta  W przypadku odpowiedzi TAK:  Wszystkie przeglądy, naprawy w okresie gwarancji (części, dojazd, czas pracy serwisu) wliczone w cenę oferty dokonywane w siedzibie zamawiającego. | TAK/NIE[[1]](#footnote-1)  Podać jeśli zalecane |  |

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania postępowania do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

………...............................................................................

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo

1. Odpowiedź NIE - nie powoduje odrzucenia oferty [↑](#footnote-ref-1)