**Formularz asortymentowo –cenowy**

# **Część 1 – Zestaw napędów I**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | Nazwa  | Producent ,nazwa typ i model urządzenia rok produkcji | Ilość szt. | Cena jedn. netto | Wartość netto | Stawka VATKwota | Cena jedn. brutto | Wartość brutto  |
| 1 | Zestaw napędów I |  | 1zestaw |  |  |  |  |  |
|  | RAZEM |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LP | Warunki  | Parametry wymagane  | Oferowane  |
| **PARAMETRY OGÓLNE** |  |  |
| 1 | Producent (należy podać) |  |  |
| 2 | Nazwa, typ i model urządzenia (należy podać) |  |  |
| 3 | Kraj pochodzenia (należy podać) |  |  |
| 4 | Urządzenie oraz wszystkie elementy fabrycznie nowe, nieużywane. Nie dopuszcza się elementów powystawowych, regenerowanych i ich odpowiedników. | TAK |  |
| 5 | Rok produkcji: nie starszy niż 2021 r. | TAK |  |
| 6 | Termin dostawy:  | max. 3 miesiące od daty podpisania umowy |  |
| **Rękojeść wiertarki (1 szt.)** |  |  |
| 7 | Płynny wzrost prędkości obrotów proporcjonalnie do siły nacisku na przycisk załączający | TAK |  |
| 8 | Możliwość wiercenia w prawo oraz w lewo | TAK |  |
| 9 | Możliwość wkręcania w prawo oraz w lewo | TAK |  |
| 10 | Posiadanie funkcji ruchów oscylacyjnych oraz gwintowania | TAK |  |
| 11 | Możliwość zatrzaskowego montażu końcówek wiertarskich w napędzie | TAK |  |
| 12 | Brak konieczności oliwienia napędu elektrycznego. | TAK |  |
| 13 | Maksymalna moc: w przedziale 270 - 280 W | TAK |  |
| 14 | Maksymalna prędkość: w przedziale 1500- 1600 obr/min | TAK |  |
| 15 | Maksymalna prędkość w trybie rozwiercania: w przedziale 300- 350 obr/min | TAK |  |
| 16 | Maksymalna prędkość w trybie gwintowania: w przedziale 250- 300 obr/min | TAK |  |
| 17 | Maksymalna prędkość w trybie wiercenia oscylacyjnego: w przedziale 750- 800 obr/min | TAK |  |
| 18 | Maksymalny moment obrotowy: w przedziale 16- 16,5 Nm | TAK |  |
| 19 | Zakres oscylacji: 0-270˚ | TAK |  |
| 20 | Waga: max. 750g | TAK |  |
| 21 | Poziom hałasu: max. 80dB | TAK |  |
| 22 | Posiadanie następujących klas szczelności: IPX6, IPX8 oraz IPX9 | TAK |  |
| **Końcówki robocze** |  |  |
| 23 | Złączka wiertarska typu AO/Trinkle z przełożeniem 1:1 (1 szt.) | TAK |  |
| 24 | Złączka piłki sagitalnej, precyzyjnej o wychyleniu ostrza maksymalnie do 4 stopni (1 szt.) | TAK |  |
| 25 | Końcówka wiertarska trójszczękowa typu Jacobs 6,35mm z kluczykiem (1 szt.) | TAK |  |
| 26 | Podajnik do drutów 0,71-1,6 mm (1 szt.) | TAK |  |
| 27 | Podajnik do drutów 1,8 -4,0 mm (1 szt.) | TAK |  |
| 28 | Rozwiertak typu AO/ASIF z przełożeniem 5:1 (1 szt.) | TAK |  |
| **Bateria litowa mała (1 szt.)** |  |  |
| 29 | Możliwość sterylizacji | TAK |  |
| 30 | Z fosforanem żelaza i litu | TAK |  |
| 31 | Pojemność: min. 1 Ah | TAK |  |
| 32 | Napięcie: 13,2 V | TAK |  |
| 33 | Waga: max. 350 g | TAK |  |
| 34 | Posiadająca 4 ogniwa | TAK |  |
| 35 | Możliwość ładowania baterii za pomocą dedykowanej ładowarki | TAK |  |
| **Bateria litowa duża (2 szt.)** |  |  |
| 36 | Możliwość sterylizacji | TAK |  |
| 37 | Z fosforanem żelaza i litu | TAK |  |
| 38 | Pojemność: min. 2,5 Ah | TAK |  |
| 39 | Napięcie: 13,2 V | TAK |  |
| 40 | Waga: max. 550 g | TAK |  |
| 41 | Posiadająca 4 ogniwa | TAK |  |
| 42 | Możliwość ładowania baterii za pomocą dedykowanej ładowarki | TAK |  |
| **Kontener do sterylizacji z pokrywą (1 szt.)** |  |  |
| 43 | Posiadający filtr 3/4 | TAK |  |
| 44 | Posiadający tacę wewnętrzną na zestaw wiertarski z miejscem na sterylne akumulatory (1 szt.) | TAK |  |
| **WARUNKI SERWISU** |  |  |
| 45 | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowanie zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych | TAK |  |
| 46 | Okres gwarancji i rękojmi min. 60 miesięcy od daty podpisania przez strony protokołu odbioru. | TAK |  |
| 47 | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie od klienta –  |   | (podać czas w godzinach)……………….. |
| 48 | Szkolenie dla personelu medycznego w zakresie obsługi i eksploatacji min 3 godz.a) Realizowane w siedzibie Zamawiającego,b) W całości na koszt Wykonawcy,Bez dodatkowych kosztów ze strony Zamawiającego oraz jego personelu | TAK |  |
| 49 | Instalacja przez autoryzowany serwis producenta na terenie Polski.Załączyć kserokopie autoryzacji | TAK |  |
| 50 | Wykonawca dostarczy na własny koszt przedmiot zamówienia, który będzie kompletny i gotowy do pracy bez dodatkowych inwestycji ze strony Zamawiającego | TAK |  |
| 51 | W okresie gwarancji Wykonawca przeprowadzi bezpłatne przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami producenta łącznie z bezpłatną wymianą wszystkich części i materiałów. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji. Przeglądy zakończone stosownymi wpisami w paszport urządzenia oraz przekazaniem raportów serwisowych potwierdzających wykonane testy oraz sprawność urządzenia | TAK |  |
| 52 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej powoduje przedłużenie okresu gwarancji o pełny okres niesprawności aparatu- liczone w dniach, za każdy rozpoczęty dzień braku możliwości wykonywania badań, co powinno zostać każdorazowo odnotowane w paszporcie technicznym urządzenia. | TAK |  |
| 53 | Po 3 naprawach gwarancyjnych dotyczących tego samego istotnego elementu zobowiązanie do wymiany urządzenia i pokrycia wszystkich kosztów z tym związanych | TAK |  |
| 54 | Możliwość zgłoszenia awarii drogą telefoniczną, faksową lub mailową przez 24 h/dobę, 365 dni/rok | TAK |  |
| 55 | W okresie trwania gwarancji Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia transportu sprzętu do serwisu oraz zapewnienia transportu powrotnego do Zamawiającego. Całkowity koszt z tym związany ponosi Wykonawca. | TAK |  |
| 56 | Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 3 dni o parametrach nie gorszych od dostarczonego urządzenia | TAK |  |
| 57 | Naprawa urządzeń w pełnym zakresie i bez względu na przyczynę powstania uszkodzenia przy użyciu oryginalnych podzespołów i części zamiennych, zgodnie ze standardem producenta | TAK |  |
| 58 | Zapewnienie producenta lub autoryzowanego dystrybutora o zapewnieniu serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego na terenie Polski- informację dołączyć do oferty, podać nazwę, adres, telefon | TAK |  |
| 59 | Instrukcja obsługi oraz paszport techniczny w języku polskim (dostarczone wraz z urządzeniem) | TAK |  |
| 60 | Instrukcje obsługi w formie papierowej oraz elektronicznej | TAK |  |
| 61 | Dostępność oryginalnych części zamiennych przez okres min. 8 lat (należy podać) | TAK |  |
| 62 | Deklaracja zgodności, Certyfikat CE, wpis do rejestru urządzeń medycznych lub dokumenty równoważne | TAK |  |
| 63 | Autoryzowany zakład serwisowy (podać nazwę i adres, tel., adres e-mail) |  |  |

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

(Miejscowość ,data) (podpis osoby upoważnionej)

# **Część 2 – Zestaw napędów II**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | Nazwa  | Producent ,nazwa typ i model urządzenia rok produkcji | Ilość szt. | Cena jedn. netto | Wartość netto | Stawka VATKwota | Cena jedn. brutto | Wartość brutto  |
| 1 | Zestaw napędów II |  | 1zestaw |  |  |  |  |  |
|  | RAZEM |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LP | Warunki  | Parametry wymagane | Oferowane |
| **PARAMETRY OGÓLNE** |  |  |
| 1 | Producent (należy podać) |  |  |
| 2 | Nazwa, typ i model urządzenia (należy podać) |  |  |
| 3 | Kraj pochodzenia (należy podać) |  |  |
| 4 | Urządzenie oraz wszystkie elementy fabrycznie nowe, nieużywane. Nie dopuszcza się elementów powystawowych, regenerowanych i ich odpowiedników. |  |  |
| 5 | Rok produkcji: nie starszy niż 2021 r. |  |  |
| 6 | Termin dostawy: max. 3 miesiące od daty podpisania umowy |  |  |
| **Rękojeść wiertarki (1 szt.)** |  |  |
| 7 | Płynny wzrost prędkości obrotów proporcjonalnie do siły nacisku na przycisk załączający | TAK |  |
| 8 | Możliwość wiercenia w prawo oraz w lewo | TAK |  |
| 9 | Możliwość wkręcania w prawo oraz w lewo | TAK |  |
| 10 | Posiadanie funkcji ruchów oscylacyjnych oraz gwintowania | TAK |  |
| 11 | Możliwość zatrzaskowego montażu końcówek wiertarskich w napędzie | TAK |  |
| 12 | Brak konieczności oliwienia napędu elektrycznego. | TAK |  |
| 13 | Maksymalna moc: w przedziale 270 - 280 W | TAK |  |
| 14 | Maksymalna prędkość: w przedziale 1500- 1600 obr/min | TAK |  |
| 15 | Maksymalna prędkość w trybie rozwiercania: w przedziale 300- 350 obr/min | TAK |  |
| 16 | Maksymalna prędkość w trybie gwintowania: w przedziale 250- 300 obr/min | TAK |  |
| 17 | Maksymalna prędkość w trybie wiercenia oscylacyjnego: w przedziale 750- 800 obr/min | TAK |  |
| 18 | Maksymalny moment obrotowy: w przedziale 16- 16,5 Nm | TAK |  |
| 19 | Zakres oscylacji: 0-270˚ | TAK |  |
| 20 | Waga: max. 750g | TAK |  |
| 21 | Poziom hałasu: max. 80dB | TAK |  |
| 22 | Posiadanie następujących klas szczelności: IPX6, IPX8 oraz IPX9 | TAK |  |
| **Końcówki robocze** |  |  |
| 23 | Złączka wiertarska typu AO/Trinkle z przełożeniem 1:1 (1 szt.) | TAK |  |
| 24 | Złączka piłki sagitalnej, precyzyjnej o wychyleniu ostrza maksymalnie do 4 stopni (1 szt.) | TAK |  |
| 25 | Końcówka wiertarska trójszczękowa typu Jacobs 6,35mm z kluczykiem (1 szt.) | TAK |  |
| 26 | Podajnik do drutów 0,71-1,6 mm (1 szt.) | TAK |  |
| 27 | Podajnik do drutów 1,8 -4,0 mm (1 szt.) | TAK |  |
| 28 | Rozwiertak typu AO/ASIF z przełożeniem 5:1 (1 szt.) | TAK |  |
| **Bateria litowa mała (1 szt.)** |  |  |
| 29 | Możliwość sterylizacji | TAK |  |
| 30 | Z fosforanem żelaza i litu | TAK |  |
| 31 | Pojemność: min. 1 Ah | TAK |  |
| 32 | Napięcie: 13,2 V | TAK |  |
| 33 | Waga: max. 350 g | TAK |  |
| 34 | Posiadająca 4 ogniwa | TAK |  |
| 35 | Możliwość ładowania baterii za pomocą dedykowanej ładowarki | TAK |  |
| **Bateria litowa duża (2 szt.)**  |  |  |
| 36 | Możliwość sterylizacji | TAK |  |
| 37 | Z fosforanem żelaza i litu | TAK |  |
| 38 | Pojemność: min. 2,5 Ah | TAK |  |
| 39 | Napięcie: 13,2 V | TAK |  |
| 40 | Waga: max. 550 g | TAK |  |
| 41 | Posiadająca 4 ogniwa | TAK |  |
| 42 | Możliwość ładowania baterii za pomocą dedykowanej ładowarki | TAK |  |
| **Ładowarka do baterii litowych (1 szt.)** |  |  |
| 43 | Kompatybilność z wyżej wymienionymi akumulatorami dużymi oraz małymi | TAK |  |
| 44 | Możliwość równoczesnego ładowania czterech baterii | TAK |  |
| 45 | Możliwość sprawdzenia stanu naładowania baterii i liczbę dotychczasowych cykli ładowania akumulatora | TAK |  |
| 46 | Możliwość sprawdzenia maksymalnej temperatury osiągniętej przez dany akumulator | TAK |  |
| 47 | W komplecie wymienny kabel zasilający do ładowarki | TAK |  |
| **Kontener do sterylizacji z pokrywą (1 szt.)** |  |  |
| 48 | Posiadający filtr 3/4 | TAK |  |
| 49 | Posiadający tacę wewnętrzną na zestaw wiertarski z miejscem na sterylne akumulatory (1 szt.) | TAK |  |
| **Rękojeść neurochirurgiczna (1 szt.)** |  |  |
| 50 | Prosta rękojeść neurochirurgiczna wiertarki szybkoobrotowej wyposażona w kabel | TAK |  |
| 51 | Możliwość przełamania do kątnicy | TAK |  |
| 52 | Osłona frezu rozmiar L (1 szt.) | TAK |  |
| 53 | Osłona frezu rozmiar M (1 szt.) | TAK |  |
| 54 | Uniwersalny, dwuprzyciskowy włącznik nożny kompatybilny z konsolą D3000i będącą na wyposażeniu szpitala (1 szt.) | TAK |  |
| 55 | Ostrza do napędu szybkoobrotowego (10 szt.) | TAK |  |
| **WARUNKI SERWISU** |  |  |
| 56 | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowanie zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych | TAK |  |
| 57 | Okres gwarancji i rękojmi min. 60 miesięcy od daty podpisania przez strony protokołu odbioru. | TAK |  |
| 58 | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie od klienta –  |   | (podać czas w godzinach)……………….. |
| 59 | Szkolenie dla personelu medycznego w zakresie obsługi i eksploatacji min.3 godza) Realizowane w siedzibie Zamawiającego,b) W całości na koszt Wykonawcy,Bez dodatkowych kosztów ze strony Zamawiającego oraz jego personelu | TAK |  |
| 60 | Instalacja przez autoryzowany serwis producenta na terenie Polski.Załączyć kserokopie autoryzacji | TAK |  |
| 61 | Wykonawca dostarczy na własny koszt przedmiot zamówienia, który będzie kompletny i gotowy do pracy bez dodatkowych inwestycji ze strony Zamawiającego | TAK |  |
| 62 | W okresie gwarancji Wykonawca przeprowadzi bezpłatne przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami producenta łącznie z bezpłatną wymianą wszystkich części i materiałów. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji. Przeglądy zakończone stosownymi wpisami w paszport urządzenia oraz przekazaniem raportów serwisowych potwierdzających wykonane testy oraz sprawność urządzenia | TAK |  |
| 63 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej powoduje przedłużenie okresu gwarancji o pełny okres niesprawności aparatu- liczone w dniach, za każdy rozpoczęty dzień braku możliwości wykonywania badań, co powinno zostać każdorazowo odnotowane w paszporcie technicznym urządzenia. | TAK |  |
| 64 | Po 3 naprawach gwarancyjnych dotyczących tego samego istotnego elementu zobowiązanie do wymiany urządzenia i pokrycia wszystkich kosztów z tym związanych | TAK |  |
| 65 | Możliwość zgłoszenia awarii drogą telefoniczną, faksową lub mailową przez 24 h/dobę, 365 dni/rok | TAK |  |
| 66 | W okresie trwania gwarancji Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia transportu sprzętu do serwisu oraz zapewnienia transportu powrotnego do Zamawiającego. Całkowity koszt z tym związany ponosi Wykonawca. | TAK |  |
| 67 | Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 3 dni o parametrach nie gorszych od dostarczonego urządzenia | TAK |  |
| 68 | Naprawa urządzeń w pełnym zakresie i bez względu na przyczynę powstania uszkodzenia przy użyciu oryginalnych podzespołów i części zamiennych, zgodnie ze standardem producenta | TAK |  |
| 69 | Zapewnienie producenta lub autoryzowanego dystrybutora o zapewnieniu serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego na terenie Polski- informację dołączyć do oferty, podać nazwę, adres, telefon | TAK |  |
| 70 | Instrukcja obsługi oraz paszport techniczny w języku polskim (dostarczone wraz z urządzeniem) | TAK |  |
| 71 | Instrukcje obsługi w formie papierowej oraz elektronicznej | TAK |  |
| 72 | Dostępność oryginalnych części zamiennych przez okres min. 8 lat (należy podać) | TAK |  |
| 73 | Deklaracja zgodności, Certyfikat CE, wpis do rejestru urządzeń medycznych lub dokumenty równoważne | TAK |  |
| 74 | Autoryzowany zakład serwisowy (podać nazwę i adres,tel,adres e-mail) |  |  |

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

(Miejscowość ,data) (podpis osoby upoważnionej)

# **Część 3 – Aparat USG**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | Nazwa  | Producent ,nazwa typ i model urządzenia rok produkcji | Ilość szt. | Cena jedn. netto | Wartość netto | Stawka VATKwota | Cena jedn. brutto | Wartość brutto  |
| 1 | Aparat USG  |  | 1 szt. |  |  |  |  |  |
|  | RAZEM |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LP | Warunki  | Parametry wymagane | Oferowane |
| **PARAMETRY OGÓLNE** |  |  |
| 1 | Producent (należy podać) |  |  |
| 2 | Nazwa, typ i model urządzenia (należy podać) |  |  |
| 3 | Kraj pochodzenia (należy podać) |  |  |
| 4 | Urządzenie oraz wszystkie elementy fabrycznie nowe, nieużywane. Nie dopuszcza się elementów powystawowych, regenerowanych i ich odpowiedników. | TAK |  |
| 5 | Rok produkcji: nie starszy niż 2021 r. | TAK |  |
| 6 | Aparat najnowszej technologii wprowadzony do sprzedaży nie później niż w 2020 roku. | TAK |  |
| 7 | Termin dostawy: max. 3 miesiące od daty podpisania umowy | TAK |  |
| 8 | Waga aparatu z wózkiem oraz 3 głowicami nie przekraczająca 40 kg | TAK |  |
| 9 | Aparat wyposażony w wózek z portami umożliwiającymi jednoczesne podłączenie 3 głowic, z miejscem na 2 żele, opakowanie ściereczek przeznaczonych do dezynfekcji aparatu oraz głowic, 4 uchwytami na głowice | TAK |  |
| 10 | Regulacja wysokości wózka o min. 55 cm. | TAK |  |
| 11 | Aparat z wbudowanym trybem edukacyjnym zawierającym liczną bazą filmów instruktarzowych (3D) prowadzących osobę wykonującą badanie krok po kroku, tzw. platforma diagnostyczno-edukacyjna. Min. 150 filmów | TAK |  |
| 12 | Aparat sterowany osobnym dotykowym pojemnościowym ekranem min. 10 cali, hermetycznie zamkniętym umożliwiającym szybką dezynfekcję. | TAK |  |
| 13 | Najważniejsze funkcje tj. wzmocnienie, głębokość, tryb pracy, obliczenia, zapisywanie zdjęć i sekwencji video dostępne w formie klawiszy fizycznych. | TAK |  |
| 14 | Możliwość regulacji kąta pochylenia ekranu dotykowego w zakresie od 0 do 140 stopni. | TAK |  |
| 15 | Możliwość wyjęcia systemu USG z podstawy jezdnej (bez użycia narzędzi) i używania do jako aparat przenośny wyposażony w min. 1 port głowicy. Masa urządzenia przenośnego nie większa niż 8kg. | TAK |  |
| 16 | Minimalny czas pracy aparatu tylko z zasilania akumulatorowego, przy pełnym możliwym dla aparatu obrazowaniu i maksymalnej jasności wyświetlacza w temperaturze pokojowej min. 60 minut | TAK |  |
| 17 | Dioda sygnalizująca stan naładowania baterii dostępna po zamknięciu urządzenia. | TAK |  |
| 18 | Czas uruchomienia urządzenia przy pierwszym włączeniu nie przekraczający 35 sekund | TAK |  |
| 19 | Monitor LED IPS o przekątnej min. 15 cali  | TAK |  |
| 20 | Rozdzielczość wyświetlanego obrazu min. 1920x1080 | TAK |  |
| 21 | Dynamika systemu min 180 dB | TAK |  |
| 22 | Cyfrowy układ formowania wiązki ultradźwiękowej | TAK |  |
| 23 | Obrazowanie wielokierunkowe tzn. wysyłanie przez te same kryształy głowicy kilku wiązek ultradźwiękowych pod różnymi kątami działające na wszystkich oferowanych głowicach. | TAK |  |
| 24 | Obrazowanie harmoniczne THI | TAK |  |
| 25 | Technika przetwarzania obrazu eliminująca artefakty szumu plamkowego | TAK |  |
| 26 | Technika przetwarzania obrazu eliminująca artefakty boczne | TAK |  |
| 27 | Obrazowanie Duplex | TAK |  |
| 28 | Presety fabryczne aparatu w zależności od uruchomionej głowicy. | TAK |  |
| 29 | Możliwość dowolnego konfigurowania menu ekranowego w zależności od potrzeb operatora, poprzez przesuwanie, zmienianie miejscami. | TAK |  |
| 30 | Możliwość nagrywania i odtwarzania dynamicznego obrazów (CINE LOOP), min. 20 sekund. | TAK |  |
| 31 | Funkcje auto wzmacniania, automatycznej optymalizacji obrazu wraz ze zmianą głębokości skanowania, realizowana za pomocą jednego przycisku. | TAK |  |
| 32 | Regulacja wzmocnienia TGC z płynną regulacją ogniska wzmocnienia. | TAK |  |
| 33 | Tryb 2D (B-mode)- maksymalna głębokość penetracji co najmniej 35cm- możliwość powiększenia obrazu | TAK |  |
| 34 | M-mode | TAK |  |
| 35 | Tryb Doppler Kolorowy (CD) oraz Doppler Mocy (CPD) – 256 kolorów. | TAK |  |
| 36 | Tryb Doppler Pulsacyjny (PWD) | TAK |  |
| 37 | Tryb Dopplera Tkankowego. | TAK |  |
| 38 | Tryb Dopplera Ciągłego (CWD) z możliwością podłączenia EKG. | TAK |  |
| 39 | Pełne pakiety pomiarowe przypisane do danego presetu oraz w zależności od używanej głowicy. | TAK |  |
| **GŁOWICE** |  |  |
| 40 | Wszystkie głowice odporne na upadki (z wysokości min. 90 cm) | TAK |  |
| 41 | Głowica liniowa do identyfikacji nerwów, badań naczyniowych i małych narządów, płuc | TAK |  |
| 42 | Minimalny zakres częstotliwości 6-15 MHz | TAK |  |
| 43 | Szerokość czoła głowicy min. 50 mm | TAK |  |
| 44 | Głębokość obrazowania min. 60 mm | TAK |  |
| 45 | Ilość elementów głowicy min. 256 | TAK |  |
| 46 | Możliwość opcjonalnego zastosowania przystawki biopsyjnej | TAK |  |
| **ARCHIWIZACJA** |  |  |
| 47 | Możliwość automatycznego eksportu po każdym badaniu na podłączony za pomocą złącza USB dysk zewnętrzny. | TAK |  |
| 48 | Archiwizacja raportów z badań. | TAK |  |
| 49 | Porty USB 3.0 wbudowane w aparat (do archiwizacji na pamięci typu Pen Drive) | TAK |  |
| 50 | Możliwość bezprzewodowej transmisji obrazów/danych za pomocą Wi-Fi. Wbudowany moduł DICOM | TAK |  |
| 51 | Możliwość szybkiej dezynfekcji całego aparatu. Hermetycznie zamknięty monitor oraz panel sterujący. | TAK |  |
| **INNE MOŻLIWOŚCI ROZBUDOWY SYSTEMU DOSTĘPNE NA DZIEŃ SKŁADANIA OFERT (MODUŁY I OPROGRAMOWANIA DO WBUDOWANIA W APARAT)** |  |  |
| 52 | Możliwość rozbudowy o głowicę liniową wysokiej częstotliwości do badania struktur powierzchniowych.Zakres częstotliwości pracy min. 5-9 MHzSzerokość czoła głowicy max. 25 mm. | TAK |  |
| **WARUNKI SERWISU** |  |  |
| 53 | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowanie zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych | TAK |  |
| 54 | Okres gwarancji i rękojmi min. 60 miesięcy od daty podpisania przez strony protokołu odbioru. | TAK |  |
| 55 | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie od klienta –  |   | (podać czas w godzinach)……………….. |
| 56 | Szkolenie dla personelu medycznego w zakresie obsługi i eksploatacji min.3 godza) Realizowane w siedzibie Zamawiającego,b) W całości na koszt Wykonawcy,Bez dodatkowych kosztów ze strony Zamawiającego oraz jego personelu | TAK |  |
| 57 | Instalacja przez autoryzowany serwis producenta na terenie Polski.Załączyć kserokopie autoryzacji | TAK |  |
| 58 | Wykonawca dostarczy na własny koszt przedmiot zamówienia, który będzie kompletny i gotowy do pracy bez dodatkowych inwestycji ze strony Zamawiającego | TAK |  |
| 59 | W okresie gwarancji Wykonawca przeprowadzi bezpłatne przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami producenta łącznie z bezpłatną wymianą wszystkich części i materiałów. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji. Przeglądy zakończone stosownymi wpisami w paszport urządzenia oraz przekazaniem raportów serwisowych potwierdzających wykonane testy oraz sprawność urządzenia | TAK |  |
| 60 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej powoduje przedłużenie okresu gwarancji o pełny okres niesprawności aparatu- liczone w dniach, za każdy rozpoczęty dzień braku możliwości wykonywania badań, co powinno zostać każdorazowo odnotowane w paszporcie technicznym urządzenia. | TAK |  |
| 61 | Po 3 naprawach gwarancyjnych dotyczących tego samego istotnego elementu zobowiązanie do wymiany urządzenia i pokrycia wszystkich kosztów z tym związanych | TAK |  |
| 62 | Możliwość zgłoszenia awarii drogą telefoniczną, faksową lub mailową przez 24 h/dobę, 365 dni/rok | TAK |  |
| 63 | W okresie trwania gwarancji Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia transportu sprzętu do serwisu oraz zapewnienia transportu powrotnego do Zamawiającego. Całkowity koszt z tym związany ponosi Wykonawca. | TAK |  |
| 64 | Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 3 dni o parametrach nie gorszych od dostarczonego urządzenia | TAK |  |
| 65 | Naprawa urządzeń w pełnym zakresie i bez względu na przyczynę powstania uszkodzenia przy użyciu oryginalnych podzespołów i części zamiennych, zgodnie ze standardem producenta | TAK |  |
| 66 | Zapewnienie producenta lub autoryzowanego dystrybutora o zapewnieniu serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego na terenie Polski- informację dołączyć do oferty, podać nazwę, adres, telefon | TAK |  |
| 67 | Instrukcja obsługi oraz paszport techniczny w języku polskim (dostarczone wraz z urządzeniem) | TAK |  |
| 68 | Instrukcje obsługi w formie papierowej oraz elektronicznej | TAK |  |
| 69 | Dostępność oryginalnych części zamiennych przez okres min. 8 lat (należy podać) | TAK |  |
| 70 | Deklaracja zgodności, Certyfikat CE, wpis do rejestru urządzeń medycznych lub dokumenty równoważne | TAK |  |
| 71 | Autoryzowany zakład serwisowy (podać nazwę i adres,tel,adres e-mail) |  |  |

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

(Miejscowość ,data) (podpis osoby upoważnionej)

# **Część 4 – Tor laparoskopowy (zestaw)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | Nazwa  | Producent ,nazwa typ i model urządzenia rok produkcji | Ilość szt. | Cena jedn. netto | Wartość netto | Stawka VATKwota | Cena jedn. brutto | Wartość brutto  |
| 1 | Tor laparoskopowy |  | 1zestaw |  |  |  |  |  |
|  | RAZEM |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LP | Warunki  | Parametry wymagane/punktowane w kryterium oceny | Oferowane |
| **PARAMETRY OGÓLNE** |  |
| 1 | Producent (należy podać) |   |  |
| 2 | Nazwa, typ i model urządzenia (należy podać) |   |  |
| 3 | Kraj pochodzenia (należy podać) |   |  |
| 4 | Urządzenie oraz wszystkie elementy fabrycznie nowe, nieużywane. Nie dopuszcza się elementów powystawowych, regenerowanych i ich odpowiedników. |   |  |
| 5 | Rok produkcji: nie starszy niż 2021 r. |   |  |
| 6 | Termin dostawy: max. 2 miesiące od daty podpisania umowy |   |  |
| **Pompa laparoskopowa** |  |
| 6 | Pompa służąca do przepłukiwania tkanek oraz odsysania płynów z pola operacyjnego, przeznaczona do operacji laparoskopowych |   |  |
| 7 | Maksymalna wydajność płukania: min. 2,0l/min | od 2,0 l/min do 2,9 l/min - 10 pktod 2,9 l/min do 3,8 l/min - 20 pktod 3,8 l/min do 4,5 l/min - 30 pkt |  |
| 8 | Możliwość regulacji przepływu płukania | nie - 0 pkttak - 10 pkt |  |
| 9 | Dodatkowe zasilanie akumulatorowe |  |  |
| **Insuflator** |  |
| 10 | Regulacja przepływu insuflacji do minimum 45 l/min z możliwością regulacji |   |  |
| 11 | Maksymalne ciśnienie insuflacji: min. 25 mmHg | powyżej 25 mmHg - 10pkt |  |
| 12 | Maksymalne ciśnienie wyjściowe: min. 75 mmHg |   |  |
| 13 | Możliwość podgrzewania CO2 |   |  |
| 14 | Funkcja ciągłego pomiaru ciśnienia CO2 |   |  |
| 15 | Posiadania funkcji odsysania służąca do usuwania dymów chirurgicznych z jamy ciała |   |  |
| 16 | Możliwość zasilania gazem z sieci centralnej CO2 |   |  |
| 17 | Możliwość zasilania gazem z butli |   |  |
| 18 | Możliwość nawilżania gazu insuflacyjnego |   |  |
| 19 | Występowanie sześć trybów pracy insuflatora |   |  |
| 20 | Dostępność menu urządzenia w języku polskim |   |  |
| 21 | Możliwość wyświetlenia parametrów zadanych i aktualnych |   |  |
| 22 | Możliwość sprawdzenia ilości zużytego gazu |   |  |
| 23 | Występowanie komunikatów ostrzegawczych w przypadku zatkania, zanieczyszczenia, ogrzewania gazu, uszkodzenia drenu, nadciśnienia | nie- 0pktTak- 10pkt |  |
| 24 | Automatyczne rozpoznawanie rodzaju drenu |  |  |
| 25 | Kolorowy, ciekłokrystaliczny ekran dotykowy |   |  |
| **Optyka laparoskopowa - 2szt** |  |
| 26 | Optyka laparoskopowa wysokiej rozdzielczości, autoklawowalna, spajana laserowo, wyposażona w trzy adaptery do podłączenia światłowodów innych producentów |   |  |
| 27 | Średnica 10mm, kąt widzenia 30 stopni |   |  |
| 28 | Do każdej optyki w zestawie kontener do sterylizacji. |   |  |
| 29 | Długość min. 320mm |   |  |
| 30 | Odkręcany adapter okularowy do przyłącza głowicy kamery |   |  |
| **Światłowód - 2szt** |  |
| 31 | Światłowód do dedykowanego źródła światła, autoklawowalny |   |  |
| 32 | Długość min. 3m |   |  |
| 33 | Średnica 5mm |   |  |
| **Źródło światła** |  |
| 34 | Wytwarzanie światła umożliwiającego oświetlanie pola operacyjnego z użyciem trybów: światło widzialne (światło białe), fluorescencja w bliskiej podczerwieni, transiluminacja w bliskiej podczerwieni. |   |  |
| 35 | Obsługa trzech różnych trybów przy użyciu zieleni indocyjaninowej ICG |   |  |
| 36 | Urządzenie posiadające laser emitujący fale o długości 808nm i laser emitujący fale o długości 830 nm |   |  |
| 37 | Panel sterujący urządzenia (dotykowy, kolorowy wyświetlacz ciekłokrystaliczny |   |  |
| 38 | Posiadanie systemu zabezpieczającego ciała pacjenta przed poparzeniem (w przypadku odłączenia światłowodu od źródła światła urządzenie przechodzi w stan czuwania) |   |  |
| 39 | Żywotność LED minimum 60 tys. godzin |   |  |
| 40 | Menu urządzenia w języku polskim |   |  |
| 41 | Możliwość wyświetlania kodów błędów na panelu sterującym |   |  |
| 42 | Możliwość wyświetlenia trybu pracy na panelu sterującym |   |  |
| 43 | Możliwość wyświetlenia natężenia światła w zakresie 0-100% na panelu sterującym |   |  |
| 44 | Występowanie trybu gotowości „standby” |   |  |
| 45 | Możliwość automatycznego dostosowania ustawienia źródła światła, potwierdzenie aktywacji widoczne na wyświetlaczu. |   |  |
| 46 | Potwierdzenie aktywacji lasera widoczne na wyświetlaczu |   |  |
| 47 | Możliwość włączenia oraz wyłączenia źródła światła z poziomu głowicy kamery |   |  |
| 48 | Uniwersalne przyłącze światłowodów różnych producentów bez stosowania dodatkowych adapterów. |   |  |
| 49 | Możliwość pracy w systemie zintegrowanej sali operacyjnej |   |  |
| 50 | Urządzenie laserowej klasy 1M |   |  |
| 51 | Urządzenie laserowe sklasyfikowane zgodnie z normą IEC 60825-1:2014 |   |  |
| **Kamera endoskopowa** |  |
| 52 | Rozdzielczość kamery min. Full HD | Full HD - 0 pkt4K UHD - 10 pkt |  |
| 53 | Możliwość obrazowania ICG |  |  |
| 54 | Współpraca ze źródłem światła LED |  |  |
| 55 | Wodoszczelna głowica kamery posiadająca min. 2 programowalne przyciski sterujące funkcjami sterownika kamery | Od 2 do 3 – 0pktPowyżej 3 – 10pkt |  |
| 56 | Głowica kamery wyposażona w trzy przetworniki 1/3” wysokiej rozdzielczości, technologia CMOS |  |  |
| 57 | Kolorowy, dotykowy ekran z możliwością dostępu do różnych menu takich jak regulacja zoomu, balansu bieli, stopnia jasności) |  |  |
| 58 | Występowanie min. 4-stopniowej regulacji elektronicznego doświetlania obrazu | Od 4 do 7 – 0pktPowyżej 7 – 10pkt |  |
| 59 | Wyświetlanie obrazu w trybie światła białego |   |  |
| 60 | Możliwość automatycznej regulacji ustawień światła w celu pozyskania optymalnej wydajności wiązki światła |   |  |
| 61 | Konsola kamery posiadająca minimum 2 wyjścia cyfrowe |   |  |
| 62 | Menu urządzenia w języku polskim |   |  |
| 63 | Przewód głowicy kamery o długości min. 3m |   |  |
| 64 | Konstrukcja sterownika umożliwiająca podłączenie sztywnego wideoendoskopu do laparoskopii |   |  |
| **Warunki serwisu** |  |
| 65 | Okres gwarancji i rękojmi min. 24 miesiące od daty podpisania przez strony protokołu odbioru |   |  |
| 66 | Autoryzowany serwis na terenie Polski, z gwarantowanym sprzętem zastępczym na czas trwania ewentualnych napraw, podać nazwę, adres, telefon |   |  |
| 67 | Możliwość zawarcia umowy serwisowej (ustalanej indywidualnie na wybrany asortyment) po zakończeniu okresu gwarancyjnego  |   |  |
| 68 | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie od klienta – 24 godziny |   |  |
| 69 | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowanie zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych |   |  |
| 70 | Szkolenie dla personelu medycznego w zakresie obsługi i eksploatacjia) Realizowane w siedzibie Zamawiającego,b) W całości na koszt Wykonawcy,Bez dodatkowych kosztów ze strony Zamawiającego oraz jego personelu |   |  |
| 71 | Instalacja przez autoryzowany serwis producenta na terenie Polski.Załączyć kserokopie autoryzacji |   |  |
| 72 | Wykonawca dostarczy na własny koszt przedmiot zamówienia, który będzie kompletny i gotowy do pracy bez dodatkowych inwestycji ze strony Zamawiającego |   |  |
| 73 | W okresie gwarancji Wykonawca przeprowadzi bezpłatne przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami producenta łącznie z bezpłatną wymianą wszystkich części i materiałów. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji. Przeglądy zakończone stosownymi wpisami w paszport urządzenia oraz przekazaniem raportów serwisowych potwierdzających wykonane testy oraz sprawność urządzenia w ilośći min.3godz |   |  |
| 74 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej powoduje przedłużenie okresu gwarancji o pełny okres niesprawności aparatu- liczone w dniach, za każdy rozpoczęty dzień braku możliwości wykonywania badań, co powinno zostać każdorazowo odnotowane w paszporcie technicznym urządzenia. |   |  |
| 75 | Po 3 naprawach gwarancyjnych dotyczących tego samego istotnego elementu zobowiązanie do wymiany urządzenia i pokrycia wszystkich kosztów z tym związanych |   |  |
| 76 | Możliwość zgłoszenia awarii drogą telefoniczną, faksową lub mailową przez 24 h/dobę, 365 dni/rok |   |  |
| 77 | W okresie trwania gwarancji Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia transportu sprzętu do serwisu oraz zapewnienia transportu powrotnego do Zamawiającego. Całkowity koszt z tym związany ponosi Wykonawca. |   |  |
| 78 | Naprawa urządzeń w pełnym zakresie i bez względu na przyczynę powstania uszkodzenia przy użyciu oryginalnych podzespołów i części zamiennych, zgodnie ze standardem producenta |   |  |
| 79 | Instrukcja obsługi oraz paszport techniczny w języku polskim (dostarczone wraz z urządzeniem) |   |  |
| 80 | Instrukcje obsługi w formie papierowej oraz elektronicznej |   |  |
| 81 | Deklaracja zgodności, Certyfikat CE, wpis do rejestru urządzeń medycznych lub dokumenty równoważne |   |  |
| 82 | Dostępność oryginalnych części zamiennych przez okres min. 8 lat (należy podać) |   |  |
| 83 | Autoryzowany zakład serwisowy (podać nazwę i adres,tel,adres e-mail) |  |  |

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

(Miejscowość ,data) (podpis osoby upoważnionej)

# **Część 5 –Zestaw narzędzi laparoskopowych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | Nazwa  | Ilość szt. | Cena jedn. netto | Wartość netto | Stawka VATKwota | Cena jedn. brutto | Wartość brutto  |
| 1 | Zestaw narzędzi laparoskopowych | 1 zestaw |  |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Warunki  | Ilość | Parametry wymagane / | Oferowane |
| **PARAMETRY OGÓLNE** |  |  |
| 1 | Producent (należy podać) |   |  |  |
| 2 | Nazwa, typ i model urządzenia (należy podać) |   |  |  |
| 3 | Kraj pochodzenia (należy podać) |   |  |  |
| 4 | Narzędzia oraz wszystkie elementy fabrycznie nowe, nieużywane. Nie dopuszcza się elementów powystawowych, regenerowanych i ich odpowiedników. |   |  |  |
| 5 | Rok produkcji: nie starszy niż 2022 r. |   |  |  |
| 6 | Wszystkie narzędzia posiadają znak CE, dokumenty świadczące, że oferowany przedmiot zamówienia jest dopuszczony do obrotu zgodnie z Ustawą z dnia 20 maja 2010 O Wyrobach medycznych (Dz. U. z 2010, nr 107 poz.679) w szczególności, certyfikat zgodności z dyrektywą 93/42/EEC potwierdzenie znaku CE) /deklaracja zgodności wystawiona przez producenta. |   |  |  |
| 7 | Wprowadzony przez producenta narzędzi system jakościowy w produkcji zapewniający dokładność wykonania i powtarzalność kształtu i wymiarów narzędzi potwierdzone normą ISO 13485 lub równoważną |   |  |  |
| 8 | Wyroby oznakowane laserowo: numer katalogowy, nazwa producenta, znak CE  |   |  |  |
| 9 | Termin dostawy: max. 3 miesiące od daty podpisania umowy |   |  |  |
| **Specyfikacja techniczna** |  |  |
| 10 | Szaft narzędzia laparoskopowego śrenica 5mm, ze wzmocnieniem od strony nakrętki w postaci rozszerzenia z oringiem | 17 |  |  |
| 11 | Rączka laparoskopowa bez zamka, z podłączeniem do koagulacji HF, z obrotowym pierścieniem, wykonana z PEEK (Polieteroeteroketon) łączącego dobre właściwości mechaniczne z odpornością na wysoką temperaturę oraz odpornością na działanie zewnątrz pochodnych czynników chemicznych | 17 |  |  |
| 12 | Insert laparoskopowy- wkład roboczy narzędzia laparoskopowego, długość 330 mm, grasper typu Babcock Paddle z płaskimi łopatkami i drobnym ząbkowaniem dla atraumatycznego chwytania delikatnej tkanki, obie bransze ruchome | 2 |  |  |
| 13 | Insert laparoskopowy- wkład roboczy narzędzia laparoskopowego, długość 330 mm, grasper typu Johans, ze szczękami okienkowymi o dł. 40 mm, jedna bransza ruchoma | 2 |  |  |
| 14 | Wielorazowy trokar laparoskopowy śr. 13 mm, z mechanizmem dźwigni otwierającym klapkę minimalizującym zabrudzenie optyki, z zaworem do insuflacji CO2, posiadający nie więcej niż 3 uszczelki, szaft gładki metalowy, długość 100 mm, kodowany kolorem dla łatwiejszej identyfikacji części składowych | 1 |  |  |
| 15 | Wielorazowy obturator bezpieczny śr. 12,5 mm, dł. robocza 170 mm, zabezpieczający przed ponownym niekontrolowanym wysunięciem, z chowanym ostrzem po przecięciu powłok, mechanizm zabezpieczający uruchamiany za pomocą czarnego oringu, do zastosowania z trokarem o śr. 13 mm i długości roboczej 100mm | 1 |  |  |
| 16 | Wielorazowa redukcja laparoskopowa 13 mm/5,5 mm, przesuwna | 1 |  |  |
| 17 | Insert laparoskopowy- wkład roboczy narzędzia laparoskopowego, długość 330 mm, grasper typu Johans, ze szczękami okienkowymi o dł. 40 mm, obie bransze ruchome | 2 |  |  |
| 18 | Narzędzie typu „gold finger” do podawania nitki, dł. 330 mm, średnica 5 mm, z portem do płukania na luer lock, druty prostujące wykonane z nitinolu ułatwiające użycie narzędzia, karbonowa rączka, pokretło do otwierania i zamykania, końcówka złocona | 1 |  |  |
| 19 | Insert laparoskopowy- wkład roboczy narzędzia laparoskopowego, długość 330 mm, grasper typu Marques, zagięty do góry, jedna bransza ruchoma, bransze narzędzia ze żłobieniem, bransze z dwoma okienkami | 2 |  |  |
| 20 | Insert laparoskopowy- wkład roboczy narzędzia laparoskopowego, długość 330 mm, nożyczki typu Metzenbaum TC, obie bransze ruchome, długość branszy 15 mm, zagięte, z twardą wkładką, ze złotym pierścieniem | 3 |  |  |
| 21 | Insert laparoskopowy- wkład roboczy narzędzia laparoskopowego, długość 330 mm, grasper typu Alligator,obie bransze ruchome, z drobnymi, ostrymi zębami bocznymi i głębokimi miseczkami | 3 |  |  |
| 22 | Disektor typu Maryland, długość 330 mm, łagodnie zagięty, obie bransze ruchome, wkład roboczy narzędzia laparoskopowego | 3 |  |  |
| 23 | Wielorazowa elektroda laparoskopowa, monopolarna, haczykowa w kształcie litery „L”, wzmocniona, z ceramiczną końcówką,dł. 340mm, średnica 5mm | 2 |  |  |
| **Warunki serwisu** |  |  |
| 24 | Okres gwarancji i rękojmi min. 24 miesiące od daty podpisania przez strony protokołu odbioru |   |  |  |
| 25 | Zapewnienie producenta lub autoryzowanego dystrybutora o zapewnieniu serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego na terenie Polski- informację dołączyć do oferty, podać nazwę, adres, telefon |   |  |  |
| 26 | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie od klienta –  |   |  | (podać czas w godzinach)……………….. |
| 27 | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowanie zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych |   |  |  |
| 28 | Szkolenia dla personelu medycznego oraz pracowników sterylizacji w zakresie:- obsługa instrumentarium- konserwacja i montaż oraz demontaż instrumentarium,- sterylizacja instrumentariumRealizowane w siedzibie Zamawiającego, w całości na koszt Wykonawcy, be dodatkowych kosztów ze strony Zamawiającego oraz jego personelu. W ilość min.3 godz |   |  |  |
| 29 | Wykonawca dostarczy na własny koszt przedmiot zamówienia, który będzie kompletny i gotowy do pracy bez dodatkowych inwestycji ze strony Zamawiającego |   |  |  |
| 30 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej powoduje przedłużenie okresu gwarancji o pełny okres niesprawności sprzętu- liczone w dniach, za każdy rozpoczęty dzień braku możliwości wykonywania badań, co powinno zostać każdorazowo odnotowane w protokole z naprawy. |   |  |  |
| 31 | Po 3 naprawach gwarancyjnych dotyczących tego samego istotnego elementu zobowiązanie do wymiany urządzenia i pokrycia wszystkich kosztów z tym związanych |   |  |  |
| 32 | Możliwość zgłoszenia awarii drogą telefoniczną, faksową lub mailową przez 24 h/dobę, 365 dni/rok |   |  |  |
| 33 | W okresie trwania gwarancji Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia transportu sprzętu do serwisu oraz zapewnienia transportu powrotnego do Zamawiającego. Całkowity koszt z tym związany ponosi Wykonawca. |   |  |  |
| 34 | Naprawa urządzeń w pełnym zakresie i bez względu na przyczynę powstania uszkodzenia przy użyciu oryginalnych podzespołów i części zamiennych, zgodnie ze standardem producenta |   |  |  |
| 35 | Autoryzowany zakład serwisowy (podać nazwę i adres,tel,adres e-mail) |  |  |  |

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

(Miejscowość ,data) (podpis osoby upoważnionej)

# **Część 6 – Zestaw narzędzi chirurgicznych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | Nazwa  | Ilość szt. | Cena jedn. netto | Wartość netto | Stawka VATKwota | Cena jedn. brutto | Wartość brutto  |
| 1 | Zestaw narzędzi chirurgicznych | 1szt |  |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Warunki wymagane i pożądane | Ilość | Parametry wymagane | Parametry oferowane |
| **PARAMETRY OGÓLNE** |  |  |
| 1 | Producent (należy podać) |   |  |  |
| 2 | Nazwa, typ i model urządzenia (należy podać) |   |  |  |
| 3 | Kraj pochodzenia (należy podać) |   |  |  |
| 4 | Narzedzia oraz wszystkie elementy fabrycznie nowe, nieużywane. Nie dopuszcza się elementów powystawowych, regenerowanych i ich odpowiedników. |   |  |  |
| 5 | Rok produkcji: nie starszy niż 2022 r. |   |  |  |
| 6 | Wszystkie narzędzia posiadają znak CE, dokumenty świadczące, że oferowany przedmiot zamówienia jest dopuszczony do obrotu zgodnie z Ustawą z dnia 20 maja 2010 O Wyrobach medycznych (Dz. U. z 2010, nr 107 poz.679) w szczególności, certyfikat zgodności z dyrektywą 93/42/EEC potwierdzenie znaku CE) /deklaracja zgodności wystawiona przez producenta. |   |  |  |
| 7 | Wprowadzony przez producenta narzędzi system jakościowy w produkcji zapewniający dokładność wykonania i powtarzalność kształtu i wymiarów narzędzi potwierdzone normą ISO 13485 lub równoważną |   |  |  |
| 8 | Wyroby oznakowane laserowo: numer katalogowy, nazwa producenta, znak CE  |   |  |  |
| 9 | Termin dostawy: max. 3 miesiące od daty podpisania umowy |   |  |  |
| **Specyfikacja techniczna** |  |  |
| 10 | Imadło chirurgiczne do igieł typ Ryder utwardzone TC, twarda wkładka, szerokość branszy 2mm, proste, długość 130 mm, ucha złocone | 2 |  |  |
| 11 | Pęseta naczyniowa, prosta, atraumatyczne ząbkowanie DeBakey 20 mm, długość 150 mm | 1 |  |  |
| 12 | Hak Guthrie 2 zęby, ostry, długość 120mm | 2 |  |  |
| 13 | Nożyczki preparacyjne Reynolds, zagięte, długość 150mm | 2 |  |  |
| 14 | Pęseta chirurgiczna Micro Adson, 1x2 zęby, długość 120mm, końce 0,8 mm | 2 |  |  |
| 15 | Pęseta anatomiczna Micro Adson, długość 120mm | 2 |  |  |
| 16 | Kosz siatkowy ze stali nierdzewnej, wymiary 270x170x50 mm, wykonany z drutu o średnicy 0,9 mm, oczka 3,3 x 3,3 mm, z uchwytami | 24 |  |  |
| 17 | Kontener do sterylizacji. Taca bezobsługowa, bezuszczelkowa, wykonana z tworzywa polimerowego, odporna na nacisk, zarysowania, z dwoma teflonowymi filtrami wystarczającymi na min. 100 sterylizacji lub min. Rok. Wymiary zewnętrzne 290x190x60 mm, wymiary wewnętrzne 265x165x60 mm. Możliwość dezynfekcji preparatami o pH wyższym niż 10, transparentny materiał, odpowiedni do sterylizacji parowej, gazowej i plazmowej bez pakowania w papier folię. Utrzymuje sterylność do 12 miesięcy. | 1 |  |  |
| 18 | Hak Kelly, łyżka 190x57 mm, rękojeść ażurowa, długość 270mm | 2 |  |  |
| 19 | Hak Mikulicz, łyżka 150x50 mm, rękojeść ażurowa, długość 260 mm | 2 |  |  |
| 20 | Hak brzuszny Balfour rama do haka brzusznego rozstaw 250 mm, ostrza boczne 100/85x70 mm | 1 |  |  |
| 21 | Hak Balfour- łyżka, 70x85 mm | 1 |  |  |
| 22 | Hak do ran Farabeuf, długość 150 mm, zestaw dwóch haków dwustronnych o wymiarach 23x16 mm / 27x26 mm oraz 27x16 mm / 30x16 mm | 2 |  |  |
| 23 | Kleszcze do otrzewnej Mikulicz, zagięte, 1x2 zęby, długość 200 mm | 12 |  |  |
| 24 | Kleszcze naczyniowe Rochester-Pean, zagięte, długość 200 mm | 8 |  |  |
| 25 | Kleszcze naczyniowe Rochester-Pean, delikatne, zagięte, długość 140 mm | 20 |  |  |
| 26 | Kleszcze do przewodu żółciowego typu Gray, wygięte w "S", długość 230 mm | 4 |  |  |
| 27 | Klem nerkowy Guyon, długość 240 mm, zagięty | 4 |  |  |
| 28 | Kleszcze naczyniowe preparacyjne Overholt, zagięte, cała bransza ząbkowana, długosć 220mm | 2 |  |  |
| 29 | Kleszcze do histerektomii Wertheim, zagięte, długość 250 mm | 3 |  |  |
| 30 | Disektor delikatny Gemini, długość 250 mm, zagięte, cała bransza ząbkowana | 2 |  |  |
| 31 | Nożyczki preparacyjne Super Cut Metzenbaum-Fino, zagięte, z mikroząbkowaniem brzegu dolnego ostrza, ucha czarne, długość 230 mm | 2 |  |  |
| 32 | Nożyczki Metzbaum-Fino TC, utwardzone, zagięte, ucha złocone, długość 250 mm | 2 |  |  |
| 33 | Nożyczki chirurgiczne Standard, proste, tępo-tępe, długość 165 mm | 1 |  |  |
| 34 | Imadło do igieł Mayo-Hegar, utwardzone TC, proste, ucha złocone, długość 200 mm | 2 |  |  |
| 35 | Imadło do igieł Debakey, utwardzone TC, proste, ucha złocone, długość 200 mm | 2 |  |  |
| 36 | Imadło do igieł Debakey, utwardzone TC, proste, ucha złocone, długość 260 mm | 2 |  |  |
| 37 | Pęseta naczyniowa, atraumatyczne ząbkowanie typu Debakey, prosta, długość 200 mm, końce 1.5 mm | 2 |  |  |
| 38 | Pęseta anatomiczna Standard, delikatna, długość 250 mm | 4 |  |  |
| 39 | Pęseta anatomiczna średnioszeroka, prosta, długość 200 mm | 4 |  |  |
| 40 | Pęseta chirurgiczna Standard, 1x2 zęby, długość 150 mm | 4 |  |  |
| 41 | Trzonek skalpela, długość 135 mm | 8 |  |  |
| 42 | Klem Foerster- kleszcze do polipów, guzów i tamponady, okienkowe "pętla", proste, rowkowane, długość 250 mm | 4 |  |  |
| 43 | Klem Mayo Robson- kleszcze jelitowe, podłużne ząbkowanie, zagięte, długość 250 mm | 4 |  |  |
| 44 | Kocher-Oschner kleszcze naczyniowe, zagięte, 1x2 zęby, długość 180 mm | 4 |  |  |
| 45 | Kleszcze do opatrunku Gross Maier, z zamkiem, zagięte, długość 200 mm | 4 |  |  |
| 46 | Koszyk metalowy do sterylizacji, kosz siatkowy ze stali nierdzewnej, z uchwytami, wymiary 480x245x50 mm | 4 |  |  |
| 47 | Mata silikonowa typu "jeż", wymiary 475x239 mm | 4 |  |  |
| 48 | Kapciuchownica- narzędzie typu "Tobacco Pouch" do zakładania szwu kapciuchowego, długosć całkowita 280 mm, rączka z zamkiem pięciostopniowym | 1 |  |  |
| 49 | Klipsownica do klipsów naczyniowych M/L, typ Ethicon, długość 190 mm | 1 |  |  |
| 50 | Nożyczki chirurgiczne Standard, zagięte, tępo-tępe, długość 165 mm | 1 |  |  |
| **Warunki serwisu i gwarancji** |  |  |
| 51 | Okres gwarancji i rękojmi min. 24 miesiące od daty podpisania przez strony protokołu odbioru |   |  |  |
| 52 | Zapewnienie producenta lub autoryzowanego dystrybutora o zapewnieniu serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego na terenie Polski- informację dołączyć do oferty, podać nazwę, adres, telefon |   |  |  |
| 53 | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie od klienta –  |   |  | (podać czas w godzinach)……………….. |
| 54 | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowanie zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych |   |  |  |
| 55 | Szkolenia dla personelu medycznego oraz pracowników sterylizacji w zakresie:- obsługa instrumentarium- konserwacja i montaż oraz demontaż instrumentarium,- sterylizacja instrumentariumRealizowane w siedzibie Zamawiającego, w całości na koszt Wykonawcy, be dodatkowych kosztów ze strony Zamawiającego oraz jego personelu. W ilość min.3 godz. |   |  |  |
| 56 | Wykonawca dostarczy na własny koszt przedmiot zamówienia, który będzie kompletny i gotowy do pracy bez dodatkowych inwestycji ze strony Zamawiającego |   |  |  |
| 57 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej powoduje przedłużenie okresu gwarancji o pełny okres niesprawności sprzętu- liczone w dniach, za każdy rozpoczęty dzień braku możliwości wykonywania badań, co powinno zostać każdorazowo odnotowane w protokole z naprawy. |   |  |  |
| 58 | Po 3 naprawach gwarancyjnych dotyczących tego samego istotnego elementu zobowiązanie do wymiany urządzenia i pokrycia wszystkich kosztów z tym związanych |   |  |  |
| 59 | Możliwość zgłoszenia awarii drogą telefoniczną, faksową lub mailową przez 24 h/dobę, 365 dni/rok |   |  |  |
| 60 | W okresie trwania gwarancji Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia transportu sprzętu do serwisu oraz zapewnienia transportu powrotnego do Zamawiającego. Całkowity koszt z tym związany ponosi Wykonawca. |   |  |  |
| 61 | Naprawa urządzeń w pełnym zakresie i bez względu na przyczynę powstania uszkodzenia przy użyciu oryginalnych podzespołów i części zamiennych, zgodnie ze standardem producenta |   |  |  |
| 62 | Ostrzenie nożyczek w okresie gwarancji gratis |   |  |  |
| 63 | Autoryzowany zakład serwisowy (podać nazwę i adres,tel,adres e-mail) |  |  |  |

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

(Miejscowość ,data) (podpis osoby upoważnionej)