Załącznik nr 2

***ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH***

***Dostawa Diatermii chirurgicznej z wyposażeniem  
 dla WSPL SP ZOZ w Koszalinie***

**Nazwa oferowanego urządzenia:**

**Model / typ oferowanego urządzenia:** ………………………………….…….…………

**Producent/firma:** ……………….…………………..………...………………….............…

**Kraj pochodzenia:** ……………………………….………………………….………..……..

**Okres gwarancji:** …………………………………………………..………………...………

**Jednostka miary: komplet**

| ***Lp.*** | ***WYMAGANE WARUNKI I PATAMETRY – OPIS*** | ***Warunki wymagane i wartości parametrów*** | ***WARTOŚĆ OFEROWANA***  ***(potwierdzić spełnienie warunku, podać wartości liczbowe wymaganego parametru, opisać, podać zakresy, itp.)*** |
| --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **Wymagania ogólne :** | | | |
| 1. | Okres dostępności części zamiennych minimum 10 lat. | **TAK** |  |
| 2. | Dostawa w cenie | **TAK** |  |
| 3. | Montaż i uruchomienie osobiście w siedzibie zamawiającego | **TAK** |  |
| 4. | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji nie starszy niż 2022 | **TAK**  **Podać rok produkcji** |  |
| 5. | Urządzenie nie stanowiące przedmiotu wystawkowego, nigdy nie używane i nigdy nie naprawiane. | **TAK** |  |
| 6. | Szkolenia personelu osobiście w siedzibie zamawiającego, możliwe ponowne szkolenie na prośbę zamawiającego. | **TAK** |  |
| 7. | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej oraz elektronicznej, karta gwarancyjna oraz paszport techniczny dostarczone wraz z urządzeniem | **TAM** |  |
| 8. | Certyfikaty i świadectwa wymagane przepisami prawa | **TAK** |  |
| 9. | Spełnienie wymogów obowiązującego prawa w tym ustawy o wyrobach medycznych | **TAK** |  |
| 10. | Wykaz dostawców części zamiennych wymaganych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia | **TAK** |  |
| 11. | Wykaz podmiotów upoważnionych do wykonywania czynności serwisowych | **TAK** |  |
| **Wymagania szczegółowe i parametry techniczne :** | | | |
| 1. | Zestaw pracujący w trybach monopolarnym i bipolarnym z wykorzystaniem osprzętu wielorazowego użytku. | **TAK** |  |
| 2. | Odporność urządzenia na impuls defibrylacji | **TAK** |  |
| 3. | Panel sterowania z podziałem na część dla ustawień parametrów cięcia i dla parametrów koagulacji oraz część informacyjną | **TAK** |  |
| 4. | Regulacja parametru mocy z krokiem co 1W w całym zakresie regulacji | **TAK** |  |
| 5. | Monitor jakości poprawnego przylegania elektrody neutralnej o niezależnej orientacji z odseparowanym pierścieniem potencjału | **TAK** |  |
| 6. | Gniazda przyłączeniowe: monopolarne – 1, bipolarne – 1, bierne – 1 | **TAK** |  |
| 7. | Uniwersalne gniazdo monopolarne umożliwiające bezpośrednie podłączenie przewodów z wtyczkami jednopinowymi 4 mm i 5 mm oraz trzypinowych bez żadnych dodatkowych łączników, adapterów itp. | **TAK** |  |
| 8. | Uniwersalne gniazdo bipolarne umożliwiające bezpośrednie podłączenie przewodów z pojedynczymi wtyczkami okrągłymi oraz dwupinowych o rozstawach 22,0 mm i 28,5 mm bez żadnych dodatkowych łączników, adapterów itp. | **TAK** |  |
| 9. | Uniwersalne gniazdo elektrody biernej z możliwością wyboru podłączenia wtyczek typu 1-pin śr. 6,35 mm oraz płaskich 2-pin | **TAK** |  |
| 10. | Możliwość wybrania konfiguracji gniazd podłączeniowych i zmiana ich w trakcie eksploatacji | **TAK** |  |
| 11. | Koagulacja monopolarna kontaktowa: delikatna oraz intensywna | **TAK** |  |
| 12. | Koagulacja bipolarna delikatna | **TAK** |  |
| 13. | Cięcie monopolarne: min. 2 rodzaje | **TAK** |  |
| 14. | Aktywacja funkcji bipolarnej: pedał nożny i automatycznie | **TAK** |  |
| 15. | Automatyczna aktywacja narzędzi bipolarnych tzw. funkcja auto-start | **TAK** |  |
| 16. | Możliwość jednoczesnego podłączenia narzędzi: rączki monopolarnej, narzędzi bipolarnych | **TAK** |  |
| 17. | Maksymalna moc wyjściowa cięcia monopolarnego 100 W dla każdego z rodzajów cięcia | **TAK** |  |
| 18. | Maksymalna moc wyjściowa koagulacji monopolarnej 80 W | **TAK** |  |
| 19. | Maksymalna moc wyjściowa dla koagulacji bipolarnej 50 W | **TAK** |  |
| 20. | Pamięć min. 4 indywidualnych programów i możliwość ich zapisania | **TAK** |  |
| 21. | Znamionowe napięcie zasilania 100V – 240V | **TAK** |  |
| 22. | Znamionowa częstotliwość zasilania 50 / 60 kHz | **TAK** |  |
| 23. | System bezpieczeństwa elektrody biernej | **TAK** |  |
| 24. | Panel sterowania z wyświetlaczem parametrów i przyciskami | **TAK** |  |
| 25. | Informacje i ustawienia dostępne bezpośrednio na panelu sterowania bez konieczności zagłębiania się w menu urządzenia | **TAK** |  |
| **Wyposażenie dodatkowe :** | | | |
| 1. | Elektroda monopolarna, pętlowa, drutowa prosta śr. 6 mm co najmniej 5 szt. | **TAK** |  |
| 2. | Elektroda monopolarna, pętlowa, drutowa prosta śr.12 mm co najmniej 5 szt. | **TAK** |  |
| 3. | Elektroda monopolarna, pętlowa, drutowa prosta śr. 16 mm co najmniej 5 szt. | **TAK** |  |
| 4. | Elektroda monopolarna, kulkowa, prosta śr. 3 mm co najmniej 5 szt. | **TAK** |  |
| 5. | Elektroda monopolarna, kulkowa, prosta śr. 4 mm co najmniej 5 szt. | **TAK** |  |
| 6. | Elektroda monopolarna igłowa prosta co najmniej 5 szt. | **TAK** |  |
| 7. | Uchwyt do elekrod monopolarnych z przyciskami i przewodem dł. 4 m co najmniej 2 szt. | **TAK** |  |
| 8. | Pęseta bipolarna prosta dł. 16,5 cm, końcówka 2 mm co najmniej 1 szt. | **TAK** |  |
| 9. | Przewód do pincety bipolarnej dł. co najmniej 4 m co najmniej 1 szt. | **TAK** |  |
| 10. | Elektroda monopolarna igłowa, prosta końcówka 0,8 x 17 mm co najmniej 5 szt. | **TAK** |  |
| 11. | Elektroda monopolarna, nożowa, prosta co najmniej 5 szt. | **TAK** |  |
| 12. | Elektroda bierna jednorazowa, dzielona, symetryczna, z wydzielonym pierścieniem potencjału na elastycznej powłoce z włókniny co najmniej 200 szt. | **TAK** |  |
| 13. | Przewód do elektrody biernej jednorazowej co najmniej 1 szt. | **TAK** |  |
| 14. | Podwójny przełącznik nożny z przewodem co najmniej 1 szt. | **TAK** |  |
| **Wymagania dodatkowe :** | | | |
| 1. | Prospekt producenta lub inne dokumenty potwierdzające parametry techniczne urządzenia | **TAK** |  |
| 2. | Formularz rekomendowanych okresowych czynności konserwacyjnych (przeglądy, wymiany, itp.) | **TAK** |  |

**UWAGA:**

Zamawiający wymaga, aby Wykonawca wypełnił miejsca wykropkowane powyżej tabeli oraz kolumnę 4 tabeli pn. wartość oferowana. Zamawiający nie ocenia parametrów technicznych punktami, traktuje je jako bezwzględnie wymagane.

……………………………………

(data, pieczęć i podpis)