Załącznik nr 1.2 do SWZ

SP ZOZ/DZ/332/2023

**\*SPECYFIKACJA TECHNICZNA\***

**Szczegółowy Opis Przedmiotu zamówienia (SOPZ)**

**Pakiet 3** **Wielofunkcyjna konsola napędu chirurgicznego do rękojeści shavera i napędów elektrycznych**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **WYMAGANE FUNKCJE I PARAMETRY** | **Wymaganie / wartość / warunek graniczny** | **Parametr oferowany****(opisać)** |
| **I.** | **INFORMACJE OGÓLNE** |
|  | Producent | podać |  |
|  | Typ/model | podać |  |
|  | Klasa wyrobu medycznego | podać |  |
|  | Urządzenie nowe, nieużywane, po instalacji gotowe do użycia zgodnie z jego przeznaczeniem | TAK |  |
|  | Komunikacja w języku polskim lub angielskim | TAK |  |
| **II.** | **PARAMETRY TECHNICZNE** |
|  | Możliwość podłączenia i obsługi dwóch urządzeń jednocześnie – shavera, piły oscylacyjnej | TAK |  |
|  | Automatyczne rozpoznanie końcówki roboczej, | TAK |  |
|  | Możliwość podłączenia i sterowania jednym i dwoma pedałami jednocześnie | TAK |  |
|  | 3 tryby pracy oscylacyjnej wybierane na ekranie dotykowym: standardowy, efektywny, agresywny | TAK |  |
|  | Shaver: obroty prawo/lewo,max. 8000 obr./min.; oscylacja 3000 obr./min. | TAK, podać |  |
|  | Dotykowy ekran sterujący napędem, | TAK |  |
|  | Współpraca z konsolą Synergy UHD4 oraz w systemie zintegrowanej sali operacyjnej, | TAK |  |
|  | Możliwość wyświetlania parametrów pracy shavera na ekranie endoskopowym, | TAK |  |
|  | Sterowanie poprzez ekran dotykowy | TAK |  |
|  | Sterowanie ręczne możliwe także z podłączonym przełącznikiem nożnym | TAK |  |
|  | Sterylne, jednorazowego użycia końcówki do  shavera artroskopowego, końcówki do shavera proste dostępne w średnicach 3,5mm, 3,8 mm, 4mm, 5mm, 5,5mm oraz długości 13 cm. Ostrza tnące do tkanki miękkiej w trzech wariantach: gładkie na gładkie, gładkie na zęby i zęby na zęby. Kompatybilne z konsolą. | TAK |  |
|  | Sterylne, jednorazowego użycia końcówki do  shavera artroskopowego, końcówki do shavera proste dostępne w średnicach 4mm, 5mm, 5,5mm oraz długości 13cm. Ostrza tnące do kości w dwóch wariantach: frez owalny oraz frez okrągły. Kompatybilne z konsolą. | TAK |  |
| **III.** | **POZOSTAŁE** |
|  | Długość pełnej gwarancji i obsługi serwisowej na oferowane urządzenie min. 24 miesięcy. | TAK, podać**24 miesiące - 0 pkt****36 miesięcy - 10 pkt****48 miesięcy - 20 pkt** |  |
|  | Aktualne deklaracje zgodności oraz stosowne certyfikaty CE (jeżeli przedmiot zamówienia należy do grupy wyrobów medycznych innych, niż klasa I) lub inne dokumenty potwierdzające, że oferowane urządzenie medyczne jest dopuszczone do obrotu i używania  | TAK, dostarczyć wraz z umową |  |
|  | Instrukcje obsługi w języku polskim do wszystkich urządzeń – dostarczone wraz z dostawą w postaci wydrukowanej i elektronicznej, zakres drukowanych instrukcji do uzgodnienia z Zamawiającym | TAK, dostarczyć najpóźniej z dostawą |  |
|  | W okresie gwarancyjnym wykonywanie bezpłatnych przeglądów zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta | TAK |  |
|  | Minimum 1 szkolenie personelu obsługującego urządzenie w siedzibie Zamawiającego (do 10 osób) | TAK, podać ilość szkoleń |  |

**UWAGA:**

1. Załącznik wskazuje minimalne wymagania zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast wykonawca – wypełniając ten załącznik – oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany asortyment.
2. Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treści – stanowi on integralną część oferty – deklarację wykonawcy co do jej treści.
3. Brak niniejszego załącznika w ofercie spowoduje odrzucenie oferty jako niezgodnej z SWZ.
4. Brak uzupełniania danych przez wykonawcę w poszczególnych wierszach kolumny nr 4 "Parametr oferowany" ww. tabeli, będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia, co spowoduje odrzucenie oferty jako niezgodnej z SWZ.
5. Parametry dotyczące gwarancji stanowią parametr punktowany i jedno z kryteriów wyboru oferty najkorzystniejszej.
6. Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.
7. **Załącznik ten nie podlega uzupełnieniu w trybie art. 128 Ustawy**.

***Dokument należy wypełnić i opatrzyć kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym***

***lub podpisem osobistym.
Zamawiający zaleca przed podpisaniem zapisanie dokumentu w formacie PDF.***