Załącznik nr 1.2 do SWZ

SP ZOZ/DZ/332/2023

**SPECYFIKACJA TECHNICZNA**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu zamówienia (SOPZ)**

**Pakiet 2 Konsola do waporyzacji bipolarnej**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **WYMAGANE FUNKCJE I PARAMETRY** | **Wymaganie / wartość / warunek graniczny** | **Parametr oferowany****(opisać)** |
| **I.** | **INFORMACJE OGÓLNE** |
|  | Producent |  |  |
|  | Typ/model |  |  |
|  | Klasa wyrobu medycznego |  |  |
|  | Urządzenie nowe, nieużywane, po instalacji gotowe do użycia zgodnie z jego przeznaczeniem |  |  |
|  | Komunikacja w języku polskim |  |  |
| **II.** | **PARAMETRY TECHNICZNE** |
| **A.** | **Dotykowy ekran LCD** | TAK |  |
|  | Moc wyjściowa cięcia min. 390W | TAK, podać |  |
|  | Moc wyjściowa koagulacji 170W | TAK |  |
|  | Możliwość wyświetlenia parametrów pracy waporyzatora w czasie rzeczywistym na ekranie monitora endoskopowego, | TAK |  |
|  | Końcówka z funkcją detekcji optyki w pobliżu części dystalnej, automatycznie zmniejszająca moc, zabezpieczając optykę przed uszkodzeniem, | TAK |  |
| **B.** | **ELEKTRODA BIPOLARNA** |
|  | Dwuprzyciskowa sterowana za pomocą przycisków umieszczonych na jej obudowie | TAK |  |
|  | Sterylna elektroda ablacyjno- koagulacyjna do procedur artroskopowych | TAK |  |
|  |  Końcówki zagięte pod kątem 900 w wersji wydłużonej oraz w wersji haczyka, | TAK |  |
|  | Elektroda dostępna w wersji ze ssaniem | TAK |  |
|  | Elektroda kompatybilna z konsolą | TAK |  |
| **III.** | **POZOSTAŁE** |
|  | 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. 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.
6. **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.***