| ***L.p.*** | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** / | **Punktacja dodatkowa** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Tor wizyjny - 1kpl*** | | | | | |
| 1. ***WYMAGANIA OGÓLNE*** | | | | | |
|  | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia / | Podać |  | Bez punktacji |
|  | Wyrób fabrycznie nowy z **2024** roku | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Kompletny tor wizyjny | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **Procesor – 1 szt.** |  |  |  |
|  | Rozdzielczość min 1920 x 1080 pikseli (full HD) | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Jednostka wyposażona w filtr optyczny do obrazowania unaczynienia w warstwie podśluzówkowej | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Wyjścia cyfrowe: min 2x HD-SDI oraz min 1xDVI ; Wyjścia analogowe: min 1xCOMP, min 1xY/C | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Zapisywanie ustawień funkcji | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Format zapisywania plików minimum: .jpg oraz .tiff | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Min 3 stopnie regulacji kontrastu (wysoki, średni, niski) | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość wyboru poziomu wzmocnienia spośród min 3 trybów | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość regulacji tonu kolorów: czerwonego, niebieskiego, chroma | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Min 2 tryby regulacji jasności (automatyczny oraz ręczny) | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Min 3 tryby powiększenia obrazu (× 1,0; × 1,2; × 1,5) | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość wyświetlania wskaźnika strzałkowego na obrazie endoskopowym | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Gniazdo USB do podłączenia pamięci zewnętrznej typu Flash | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Wyświetlanie kodów błędów | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość rotacji obrazu o 180 stopni | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Min 3 tryby ustawienia przysłony: automatyczny, środek, pełny | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Min 4 tryby zmiany współczynników proporcji obrazu (16:10, 16:9, 4:3, 5:4) | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Ustawienie języka menu, daty, czasu, formatu daty | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **Głowica kamery – 1 szt.** |  |  |  |
|  | Głowica kamery endoskopowej min Full HD, trzyprzetwornikowa | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Programowalne przyciski funkcyjne | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Waga głowicy max 300g | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Zoom optyczny x2 | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość zanurzenia głowicy w roztworze środka dezynfekującego | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **Uchwyt do zamocowania głowicy kamery – 1 szt.** |  |  |  |
|  | Uchwyt na głowicę kamery, do wózków | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **Monitor – 2 szt.** |  |  |  |
|  | Matryca min 32" LCD (LED) | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Rozdzielczość min 1920 x 1080 pikseli | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Współczynnik proporcji między innymi 16 : 9 | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Jasność min 700 cd/m2 | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Współczynnik kontrastu min 1000:1 | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Liczba kolorów min 1 mld | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Waga max 12kg | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Niezbędne okablowanie do monitorów wraz z ich montażem | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **Światłowód do optyk laparoskopowych – 2 szt.** |  |  |  |
|  | Długość min 3m. | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Średnica wiązki 4-5 mm, średnica zewnętrzna 7-9 mm. | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Waga maks. 330 g. | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | **Insuflator wysokoprzepływowy – 1 szt.** |  |  |  |
|  | Maksymalny przepływ gazu do 45 l/min | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Zakres ciśnienia dwutlenku węgla regulowany. Nie mniejszy niż 25 mmHg i nie większy niż 30mmHg | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Alarm dźwiękowy i świetlny przekroczenia zadanego ciśnienia; | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Wskaźniki dla zadanej i aktualnej wartości ciśnienia w mmHg | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Wskaźniki dla zadanej i aktualnej wartości przepływu w l/min | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Min.2 tryby insuflacji: normalny i małych przestrzeni | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość podłączenia zarówno do ściany jak również do butli | TAK |  | Bez punktacji |
|  | W zestawie kompatybilny z oferowanym insuflatorem: dren do insuflacji - 4 szt., dren do oddymiania - 4 szt., przewód do kolumny – 1 szt., filtry- 3 op., włącznik nożny do systemu oddymiania - 1szt., pozostały wymagany asortyment właściwy do prawidłowego funkcjonowania insuflatora -1 szt. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **Pompa ssąco – tłocząca -1 szt.** |  |  |  |
|  | Pompa do przepłukiwania oraz odsysania przeznaczona do operacji laparoskopowych, waga max. 4 kg | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Maksymalne ujemne ciśnienie ssania: -60 kPa | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Maksymalne ciśnienie pompy: 450 mmHg | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Maksymalna wydajność płukania: 2,0l/min | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Fabrycznie wbudowany uchwyt umożliwiający zawieszenie pompy na wysięgniku | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Zestaw drenów do płukania jednorazowych kompatybilnych z oferowaną pompą laparoskopową - 4 op. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Zestaw drenów do odsysania jednorazowych kompatybilnych z oferowaną pompą laparoskopową - 4 op. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Zestaw drenów do próżni, z filtrem, do stosowania przez 30 dni, kompatybilnych z oferowaną pompą laparoskopową - 4 szt. | TAK |  | Bez punktacji |
| **Inne** | | | | | |
|  | Pełna gwarancja na przedmiot zamówienia oraz wszystkie elementy systemu (wymagany okres min. 24 miesięcy) | TAK, podać |  | 2 lata – 0 pkt  3 lata – 5 pkt  4 lata – 15 pkt  5 lat ­– 30 pkt |
|  | Autoryzowany Serwis Producenta (podać nazwę i adres serwisu) | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Deklaracje zgodności lub Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowane urządzenie medyczne jest dopuszczone do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022. (Dz. U z 2022 r. poz. 974) . W przypadku, gdy urządzenie nie jest urządzeniem medycznym inne dokumenty wymagane prawem dla danego typu urządzeń. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim. Instrukcja w formie wydrukowanej  i w wersji elektronicznej. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem w raporcie serwisowym. Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę. Należy podać zalecaną przez producenta częstość przeglądów w okresie gwarancji i po gwarancji. | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Wsparcie serwisowe oraz dostępność części zamiennych co najmniej przez 7 lat po zakupie urządzenia. | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Bezpłatne szkolenie personelu w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia, przeprowadzone w miejscu instalacji produktu, poświadczone certyfikatem lub protokołem szkolenia. | TAK |  | Bez punktacji |

*Oferta nie spełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.*

Oświadczamy, że:

oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

zobowiązujemy się do przeszkolenia personelu w obsłudze urządzenia

przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy

ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji

inne: w ostatnim miesiącu gwarancjiaktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy)

………………………………………………………………………

kwalifikowany podpis elektroniczny