#### PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

 **I . OKREŚLENIE PRZEDMIOTU PRZETARGU**

###### Diatermia chirurgiczna- 2 szt.

**----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**II . Część do wypełnienia przez przystępującego do przetargu:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | Nazwa urządzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **2** | Typ urządzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **3** | Producent |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **4** | Rok produkcji nie wcześniej niż 2024. Urządzenie/a fabrycznie nowe. | Rok produkcji: Urządzenie/a fabrycznie nowe ( Tak/Nie – wpisać ):  |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **5** | Kraj pochodzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |

**6. Warunki gwarancji i serwisu wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA****( podać, opisać )** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny.  | *TAK(wpisać pełne dane kontaktowe adres i techniczne środki łączności, nr tel., faxu, e-mail. )* |   |
| 2 | Długość udzielanej gwarancji nie mniej niż **24 miesiące** (*podać ilość miesięcy*). Przeglądy techniczne urządzenia w zakresie i z częstością zalecaną przez producenta w czasie trwania gwarancji. | TAK ( wpisać ) |   |
|  |  |  |  | *Wpisać* |

**7.Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **Parametry graniczne** | Parametry oferowane( podać, opisać ). - Należy szczegółowo opisać każdy oferowany parametr urządzenia/sprzętu.- Dopuszcza się wpisanie słowa - TAK jeżeli oferowany parametr jest zgodny z minimalnym wymogiem granicznym.***( UWAGA: Jeżeli wykonawca w sposób jednoznaczny nie określi parametru według w/w zasad, Zamawiający będzie wymagał jednoznacznego potwierdzenia/udowodnienia oferowanego parametru )*** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Wymagania ogólne** |
|  | Urządzenie umożliwiające pracę monopolarną i bipolarną. | TAK |  |
|  | Zasilanie elektryczne urządzenia: 230V, 50Hz.  | TAK |  |
|  | Podstawowa częstotliwość pracy generatora 333kHz +/-10%. | TAK |  |
|  | Aparat z zabezpieczeniem przed impulsem defibrylacji. | TAK |  |
|  | Zabezpieczenie przeciwporażeniowe klasa I CF. | TAK |  |
|  | Zabezpieczenie przed przeciążeniem aparatu z aktywnym pomiarem temperatury kluczowych elementów. | TAK |  |
|  | Automatyczny test urządzenia po uruchomieniu. | TAK |  |
|  | Wewnętrzny układ symulujący podłączenie pacjenta, który każdorazowo po włączeniu aparatu testuje kalibrację toru mocy, gwarantując prawidłowy dobór mocy podczas zabiegu. | TAK |  |
|  | Komunikacja z urządzeniem za pomocą ekranu dotykowego.  | TAK |  |
|  | Czytelny kolorowy, ciekłokrystaliczny wyświetlacz parametrów pracy nie mniejszy niż 7”. | TAK |  |
|  | Możliwość regulacji jasności ekranu - minimum 20 stopni. | TAK |  |
|  | Komunikacja urządzenia w języku polskim.  | TAK |  |
|  | System kontroli aplikacji elektrody neutralnej dwudzielnej. Stała kontrola aplikacji elektrody podczas trwania całego zabiegu. Wyświetlacz poprawnego podłączenia elektrody neutralnej.  | TAK |  |
|  | Zła aplikacja elektrody neutralnej dwudzielnej sygnalizowana alarmem oraz komunikatem na ekranie. | TAK |  |
|  | Możliwość wyboru elektrody neutralnej dla dorosłych lub noworodkowej – automatyczne ograniczenie mocy wyjściowej w przypadku wyboru elektrody noworodkowej. | TAK |  |
|  | Aparat wyposażony w system rozpoznawania podłączonych narzędzi. Automatyczne przywoływanie trybów pracy i nastaw dla podłączonego narzędzia. | TAK |  |
|  | Urządzenie wyposażone w 2 niezależne gniazda z rozpoznawaniem podłączonych instrumentów. | TAK |  |
|  | Możliwość regulacji głośności sygnałów aktywacji min. 20 poziomów (bez możliwości całkowitego wyciszenia). | TAK |  |
|  | Widok aktualnie aktywowanego trybu pracy na ekranie głównym aparatu. | TAK |  |
|  | Sygnalizacja akustyczna aktywowanego trybu pracy. | TAK |  |
|  | Aktywacja funkcji monopolarnych włącznikiem nożnym lub z uchwytu elektrody czynnej. | TAK |  |
|  | Wizualna i akustyczna sygnalizacja nieprawidłowego działania urządzenia. Informacja o niesprawności w formie komunikatu z opisem, wyświetlanym na ekranie urządzenia.  | TAK |  |
|  | Monitor mocy informujący o mocy średniej i szczytowej podczas procesu cięcia i koagulacji. | TAK |  |
|  | Automatyczne rozpoznawanie podłączonych narzędzi wraz z automatycznym przywołaniem trybów pracy i nastaw właściwych dla podłączonego instrumentu. | TAK |  |
|  | Informacja o podłączonym instrumencie widoczna na aktywnym panelu sterowania.  | TAK |  |
|  | Urządzenie umożliwiające pracę z bezprzewodowym (radiowym) włącznikiem nożnym. | TAK |  |
|  | Instrukcja w języku polskim. | TAK |  |
|  | **Parametry pracy** |
|  | **Cięcie monopolarne z systemem automatycznego dopasowania mocy wyjściowej w zakresie do 200W.** | TAK |  |
|  | Regulacja efektu w zakresie 1-200. | TAK |  |
|  | Możliwość regulacji efektu z krokiem co 1 w zakresie 1-30 oraz z krokiem co 5 powyżej 30.  | TAK |  |
|  | Minimum 2 rodzaje cięcia monopolarnego (cięcie czyste, cięcie mieszane). | TAK |  |
|  | **Koagulacja monopolarna z systemem automatycznego dopasowania mocy wyjściowej w zakresie do 200W.** | TAK |  |
|  | Regulacja efektu w zakresie 1-200. | TAK |  |
|  | Możliwość regulacji efektu z krokiem co 1 w zakresie 1-30 oraz z krokiem co 5 powyżej 30. | TAK |  |
|  | Minimum 2 rodzaje koagulacji monopolarnej (koagulacja miękka, forsowna).  | TAK |  |
|  | **Koagulacja bipolarna z systemem automatycznego dopasowania mocy wyjściowej w zakresie do min. 120W.** | TAK |  |
|  | Regulacja efektu w zakresie 1-120 | TAK |  |
|  | Możliwość regulacji efektu z krokiem co 1 w zakresie 1-30 oraz z krokiem co 5 powyżej 30. | TAK |  |
|  | Możliwość aktywacji koagulacji włącznikiem nożnym lub automatycznie po uchwyceniu tkanki szczypcami (AutoStart). | TAK |  |
|  | **WYPOSAŻENIE – do każdego zaoferowanego urządzenia** | TAK |  |
|  | Włącznik nożny 2-przyciskowy do aktywacji cięcia i koagulacji, kabel dł. co najmniej 5m - 1 szt. | TAK |  |
|  | Elektrody neutralne jednorazowego użytku, dwudzielne, hydrożelowe z systemem rozprowadzającym prąd równomiernie na całej powierzchni elektrody, nie wymagające aplikacji w określonym kierunku w stosunku do pola operacyjnego, kompatybilne z system monitorowania aplikacji elektrody neutralnej – 50 szt. | TAK |  |
|  | Kabel elektrod jednorazowych dł. co najmniej 3m – 1 szt. | TAK |  |
|  | Uchwyt elektrody 4mm, 2 przyciski, kabel 3m, kompatybilny z systemem rozpoznawania narzędzi, przeznaczony do min. 150 cykli sterylizacji – 3 szt. | TAK |  |
|  | Kabel bipolarny, dł. co najmniej 3m, złącze proste, kompatybilny z systemem rozpoznawania narzędzi – 3 szt. | TAK |  |
|  | Szczypce bipolarne, proste, 1mm, dł. 195mm +/- 3%, wielorazowego użytku – 3 szt. | TAK |  |
|  | Wózek wyposażony w cztery kółka (w tym min. 2 z blokadą) z rączką, z zamykaną szafką – 1 szt. | TAK |  |
|  | **Wymagania dodatkowe** |  |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi i aplikacji medycznych niezbędnych do eksploatacji urządzenia (minimum 5 osób). | TAK |  |
|  | Szkolenie personelu technicznego zamawiającegoSzkolenie obejmujące co najmniej 2 osoby. | TAK |  |

**UWAGA:**

Dla uznania oferty za ważną Wykonawca winien zaoferować sprzęt spełniający wszystkie wymagane parametry graniczne.

W tabeli pod pkt. 7 należy opisać, wpisać, podać oferowany parametr.

Wypełniony i podpisany załącznik nr 1 należy załączyć do oferty.

Oświadczenie Wykonawcy:

Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie po dostarczeniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.

**Wypełniony i podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym załącznik nr 1 należy załączyć do oferty**

Podpis Wykonawcy: ..........................................