**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

 **Część 1**

**Zakup, dostawa, montaż, instalacja, uruchomienie i szkolenia – Diatermia umożliwiająca przeprowadzenie koagulacji – 1 szt.**

Uwagi i objaśnienia:

* Parametry określone jako „tak” są parametrami granicznymi. Udzielenie odpowiedzi „nie” lub innej nie stanowiącej jednoznacznego potwierdzenia spełniania warunku będzie skutkowało odrzuceniem oferty.
* Parametry o określonych warunkach liczbowych ( „=>” lub „<=” ) są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wartość podana przy w/w oznaczeniach oznacza wartość wymaganą.
* Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.
* Wykonawca gwarantuje niniejszym, że sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji: nie wcześniej niż 2018), nieużywany, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów. Żaden aparat ani jego część składowa, wyposażenie, etc. nie jest sprzętem rekondycjonowanym, powystawowym i nie był wykorzystywany wcześniej przez innego użytkownika.

Nazwa i typ: .............................................................

Producent / kraj produkcji: ..............................................................

Rok produkcji (min. 2018): …..............

Klasa wyrobu medycznego: ..................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Przedmiot** | **Liczba sztuk** | **Cena brutto** |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
| 1. | Diatermia umożliwiająca przeprowadzenie koagulacji | 1 |  |
| 2. | Dostawa, montaż, instalacja, uruchomienie i szkolenia | X |  |
| Cena brutto oferty (poz. 1+2):  |  |

**PARAMETRY TECHNICZNE I EKSPLOATACYJNE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | * + 1. **PARAMETR**
 | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
| 1. | Diatermia elektrochirurgiczna mono i bipolarna  | tak |  | --- |
| 2. | Wyświetlacz kolorowy TFT do komunikacji aparat-użytkownik dopuszczono do zaoferowania diatermię wyposażoną w interaktywny ekran dotykowy PCT – do komunikacji aparat - użytkownik , płaski, odporny na uderzenia i zarysowania, z bezodpryskowego szkła bezpiecznego, łatwy do utrzymania w czystości. | tak |  | --- |
| 3. | Integracja urządzeń chirurgicznych (diatermia, przystawka do koagulacji w osłonie argonu, odsysacz dymu z pola operacyjnego) w jednolity system sterowany z tej samej jednostki sterującej | tak |  | --- |
|  | Aparat współpracujący z preparatorem tkanych miękkich przy użyciu soli fizjologicznej | tak |  | --- |
|  | Bipolarne zamykanie dużych naczyń i pęczków naczyniowych do 7 mm włącznie z automatycznym dopasowaniem mocy wyjściowej do właściwości fizykochemicznych tkanek z funkcją automatycznego zakończenia aktywacji, | tak |  | --- |
|  | Rozpoznawanie podłączonych instrumentów do zamykania naczyń do 7 mm i automatyczne dobieranie optymalnych parametrów pracy | tak |  | --- |
|  | Pamięć około 40 programów i zapisanie ich pod nazwą procedury lub nazwiskiem operatora | tak |  | ---- |
|  | Zmiana programu przy pomocy uchwytu monopolarnego i włącznika nożnego | tak |  | --- |
|  | Uruchamianie funkcji monopolarnych i bipolarnych przy użyciu jednego włącznika nożnego | tak |  | --- |
|  | Oprogramowanie do obsługi systemu w języku polskim, wyświetlanie komunikatów, kodów błędu z opisem tekstowym w języku polskim | tak |  | ------ |
|  | Ilość gniazd przyłączeniowych wymiennych:monopolarne/uniwersalne – min. 1bipolarne – min. 2bierne – min. 1argonowe – min. 1Aparat powinien umożliwiać bezpośrednie podłączenie narzędzi monopolarnych w systemie wtyczek jednopinowym o śr. 5mm i 4mm oraz trzypinowym (bez dodatkowych adapterów)Aparat powinien umożliwiać bezpośrednie podłączenie narzędzi bipolarnych w systemie wtyczek jedno i dwupinowych o rozstawie 22 i 28 mm (bez dodatkowych adapterów) | Tak, podać |  | Ilość wymagana – 0 pkt.Większa – 3 pkt. |
|  | Moc cięcia monopolarnego min. 300W  | tak |  | 300 W – 0 pkt.Więcej – 3 pkt. |
|  | Minimum 3 rodzaje cięcia monopolarnego w tym jedno do pracy w środowisku wodnym | tak |  | --- |
|  | Ilość efektów (głębokości) koagulacji możliwych do uzyskania podczas ciecia monopolarnego dla każdego z trybów min. 6 | tak |  | --- |
|  | Minimum cztery rodzaje koagulacji monopolarnej: łagodna, forsowna, natryskowa, preparująca o min. mocy 100W | tak |  | --- |
|  | Możliwość min. 2-stopniowej regulacji intensywności działania koagulacji dla każdego rodzaju koagulacji – nie dotyczy regulacji mocy dopuszczono do zaoferowania diatermii, w której możliwość regulacji intensywności koagulacji dla :- Trybów monopolarnych : koagulacja miękka, forsowna mieszana, forsowna tnąca, spray , argon gastro, simcoag, gastrocat coag – regulacja intensywności min. 3 stopniowa - Trybów bipolarnych : resekcja bipolarna, waporyzacja – regulacja intensywności min. 3 stopniowa- Dla pozostałych trybów monopolarnych i bipolarnych ustawianie tego parametru automatyczne, także z wykorzystaniem systemu rozpoznawania podłączonych narzędzi i ustawiania dla nich optymalnych parametrów pracy orazdopuszcza diatermię, która w trybie koagulacji bipolarnej ma procedurę umożliwiającą jednoczesną (symultaniczną) pracę dwoma narzędziami bipolarnymi , z których każde ma możliwość oddzielnego , niezależnego ustawienia parametrów pracy. | tak |  | Możliwość min. 2-stopniowej regulacji intensywności działania koagulacji dla każdego rodzaju koagulacji – nie dotyczy regulacji mocy - 0 pkt. , dopuszczone rozwiązanie – 3 pkt. |
|  | Cięcie bipolarne o mocy min. 370 W roztworze soli fizjologicznej dla 8 efektów hemostatycznych  | tak |  | --- |
|  | Koagulacja bipolarna w roztworze soli fizjologicznej min. 200W dla 8 efektów hemostatycznych  | tak |  | --- |
|  | Koagulacja bipolarna z funkcją Autostart z regulacją czasu opóźnienia | tak |  | --- |
|  | Możliwość uzyskania odparowania tkanki czyli efektu waporyzacji | tak |  | --- |
|  | Przystawka do koagulacji i cięcia w plaźmie argonowej – 1szt. | tak |  | --- |
|  | Rozpoznawanie przyłączonych instrumentów argonowych i automatyczne dobieranie parametrów przepływu argonu. | tak |  | --- |
|  | Regulacja przepływu argonu w zakresie min. 0,1 – 8,0 l / min. | tak |  | --- |
|  | Minimum 3 różne rodzaje / tryby cięcia w osłonie argonu | Tak, podać |  | 3 rodzaje – 0 pkt.Większa – 3 pkt. |
|  | Minimum 3 różne rodzaje / tryby koagulacji argonowej | Tak, podać |  | 3 rodzaje– 0 pkt.Większa – 3 pkt. |
|  | Tryb oszczędzania energii | tak |  | --- |
|  | Wielorazowy aplikator do cięcia i koagulacji w osłonie argonu prosty dł. ok. 100mm z wysuwaną elektrodą szpatułkową – 1 szt. | tak |  | --- |
|  | Reduktor ciśnienia do argonu – 1 szt | tak |  | --- |
|  | Butla z argonem o poj. 5l – 1 szt., | tak |  | --- |
|  | Kabel do elektrod biernych jednorazowych – 1 szt. | tak |  | --- |
|  | Podwójny włącznik nożny wodoodporny z możliwością przełączania programu (do dezynfekcji) – 1 szt. | tak |  | --- |
|  | Włącznik nożny pojedynczy, wodoodporny (do dezynfekcji) – 1 szt. | tak |  | --- |
|  | Odsysacz dymu z pola operacyjnego współpracujący i sterowany z diatermii – 1szt. | tak |  | --- |
|  | Aktywacja odsysania dymów może odbywać się ręcznie za pomocą przełącznika nożnego lub automatycznie – zsynchronizowana z aktywacją funkcji elektrochirurgicznej | tak |  | --- |
|  | Regulacja czasu zaprzestania ssania po zakończeniu aktywacji do 10s dopuszczono do zaoferowania odsysacz dymu z pola operacyjnego z ustalonym czasem zaprzestania ssania po zakończeniu aktywacji narzędzia. | tak |  | --- |
|  | Regulacja wydajności odsysania w granicach 20% do 100% dopuszczono do zaoferowania odsysacz dymu z pola operacyjnego z 3 – stopniową regulacją wydajności odsysania, regulowaną sekwencyjnie przy pomocy jednego przycisku ( niska, średnia, wysoka). | tak |  | --- |
|  | Diatermia z modułem argonowym i odsysaczem dymu zamontowane na wózku wyposażonym w zamykaną szafkę na butle z argonem – 1 szt. | tak |  | --- |

|  |
| --- |
|  |

**WARUNKI ENERGETYCZNE URZĄDZENIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **PARAMETR** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
| 1. | tryb niskiego poboru mocy [kW/h] | TAK/NIE |  | TAK – 1 pkt.NIE – 0 pkt. |
| 2. | instrukcja obsługi zawierająca wskazówki zarządzania wydajnością i energooszczędnością urządzenia | TAK/NIE |  | TAK – 1 pkt.NIE – 0 pkt. |
| 3. | szkolenia dla personelu medycznego i technicznego w zakresie efektywności energetycznej urządzenia (2 medyczne i 1 techniczna) | TAK/NIE |  | TAK – 1 pkt.NIE – 0 pkt. |
| 4. | certyfikaty producenta potwierdzające wprowadzenie systemu zarządzania produkcji zgodnego z dyrektywami i/lub normami dotyczącymi ekologii, energooszczędności | TAK/NIE |  | TAK – 1 pkt.NIE – 0 pkt. |
| 5. | trwałość produktu rozumiana jako gwarantowany okres pełnego wsparcia serwisowego oraz pełnego dostępu części zamiennych i oprogramowania | TAK/NIE |  | TAK – 1 pkt.NIE – 0 pkt. |
| 6. | możliwość automatycznego przechodzenia urządzenia w tryb czuwania/niskiego poboru mocy | TAK/NIE |  | TAK – 1 pkt.NIE – 0 pkt. |

 **WARUNKI GWARANCJI I SERWISU**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | * + 1. **PARAMETR**
 | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
| 1. | Okres gwarancji [miesiące] | >= 24 |  | 24 miesiące – 0 pkt.25 i więcej – 5 pkt. |
| 2. | Gwarancja produkcji części zamiennych minimum 10 lat | tak |  | --- |
| 3. | Przyjazd serwisu po zgłoszeniu awarii w okresie gwarancji do 3 dni (dotyczy dni roboczych rozumianych jako dni od poniedziałku do piątku, z wyjątkiem świąt i dniustawowo wolnych od pracy, w godzinach od 8.00 do 15.00 ) | <=3 dni |  | 3 dni – 0 pkt;1 dzień – 5 pkt, 2 dni – 3 pkt |
| 4. | Czas na naprawę usterki – do 7 dni, a w przypadku potrzeby sprowadzenia części zamiennych do - 14 dni(dotyczy dni roboczych) | tak |  | --- |
| 5. | Urządzenie zastępcze w przypadku niewykonanianaprawy w ciągu 14 dni od zgłoszenia awarii | tak |  | --- |
| 6. | W ramach ceny: przeglądy w okresie gwarancji (zgodnie z wymogami producenta)  | tak, podać ilość |  | --- |
| 7. | Ilość przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy aparatu (w okresie 1 roku) | podać |  | jeden – 5 pkt, więcej – 0 pkt |
| 8. | Dokumentacja serwisowa i/lub oprogramowanie serwisowe na potrzeby Zamawiającego (dokumentacja zapewni co najmniej pełną diagnostykę urządzenia, wykonywanie drobnych napraw, regulacji, kalibracji, etc.) | tak |  | --- |
| 9. | Wraz z dostawą komplet materiałów dotyczących instalacji urządzenia oraz instrukcji obsługi | tak |  | --- |
| 10. | Aparat ~~jest lub będzie pozbawiony wszelkich blokad, kodów serwisowych, itp. które po upływie gwarancji utrudniałyby właścicielowi dostęp do opcji serwisowych lub naprawę aparatu przez inny niż Wykonawca umowy podmiot w przypadku nie korzystania przez Zamawiającego z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy~~*jest lub zostanie przez Wykonawcę przed jego dostarczeniem do Szpitala Uniwersyteckiego pozbawiony wszelkich zabezpieczeń, w tym w szczególności haseł, kodów serwisowych, blokad serwisowych, które po upływie gwarancji utrudniałyby Szpitalowi Uniwersyteckiemu dostęp m.in. do opcji serwisowych, wykonywania przeglądów lub napraw sprzętu, urządzeń peryferyjnych, akcesoriów, itd. przez inny niż Wykonawca podmiot w przypadku niekorzystania przez Szpital Uniwersytecki z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy.* | tak |  | --- |

**POZOSTAŁE WYMAGANIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | * + 1. **PARAMETR**
 | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
| 1. | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie drukowanej i elektronicznej (pendrive lub płyta CD) | tak |  | --- |
| 2. | Transport krajowy i zagraniczny wraz z ubezpieczeniem, wszelkie opłaty celne, skarbowe oraz inne opłaty pośrednie po stronie wykonawcy | tak |  | --- |
| 3. | Szkolenie dla personelu medycznego (2 osób) i technicznego ( 1 osoby) Dodatkowe szkolenie dla personelu medycznego w przypadku wyrażenia takiej potrzeby przez personel medyczny | tak |  | --- |
| 4. | Zapewnienie producenta lub autoryzowanego dystrybutora o dostępności części zamiennych przez okres minimum 10 lat  | tak |  | --- |
| 5. | Zapewnienie producenta lub autoryzowanego dystrybutora o zapewnieniu serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego  | tak |  | --- |
|  |