**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 | 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 |  | --- |
|  |