**Aparat do elektrokoagulacji – 2 sztuki**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | **PARAMETRY / WARUNEK** | **Warunek** | **Potwierdzenie/****Opis Wykonawcy** |
|  | **Wymagania Ogólne** |  |  |
| 1 | Typ/Model | Tak/Podać |   |
| 2 | Producent | Tak/Podać |   |
| 3 | Rok produkcji minimum 2022 | Tak/Podać |   |
| 4 | Urządzenie nowe, nieużywane, niepowystawowe, kompletne | Tak/Podać |  |
| 5 | Zaoferowany przedmiot zamówienia musi posiadać dopuszczenie do obrotu i do używania zgodnie z ustawą dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 175) w szczególności:1. spełniać tzw. Wymagania zasadnicze, określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia uwzględniającym wymagania prawa wspólnotowego w szczególności w zakresie wytwarzania, opakowania i oznakowania tych wyrobów;
2. posiadać deklarację zgodności dla oferowanego przedmiotu zamówienia;

 c ) oznakowano je znakiem zgodności CE | Tak/Podać |   |
| 6 | Wykaz dostawców części i materiałów – zgodnie z art. 90 ust. 3 Ustawy o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010r. (Dz. U. z 2019 r. poz. 175) | Tak/Podać |   |
| 7 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania czynności – zgodnie z art. 90 ust. 4 ustawy o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r. (Dz. U. z 2019r. poz. 175) | Tak/Podać |   |
|  | **Parametry techniczne urządzenia** |  |  |
| 1 | Aparat do elektrokoagulacji z funkcją głębokiego zamykania naczyń. | Tak/Podać |  |
| 2 | Jednostka sterująca z wielokolorowym wyświetlaczem TFT obrazującym parametry urządzenia służącym do komunikacji użytkownik – aparat. | Tak/Podać |  |
| 3 | Monitor mocy z możliwością wizualizacji cyfrowej na wyświetlaczu i wizualizacji innej np. w postaci linijki. | Tak/Podać |  |
| 4 | Oprogramowanie w języku polskim. | Tak/Podać |  |
| 5 | Możliwość zapamiętania min. 90 programów przez jednostkę sterująca i zapisania ich pod wieloznakowa nazwa procedury lub nazwiskiem lekarza w języku polskim. | Tak/Podać |  |
| 6 | Sygnalizacja dźwiękowa i wizualna awarii z wyświetleniem kodu błędu i opisem w języku polskim. | Tak/Podać |  |
| 7 | Ilość gniazd przyłączeniowych:Monopolarne – min. 1bipolarne – min. 1zamykania naczyń – 1elektrody neutralnej - 1 | Tak/Podać |  |
| 8 | Gniazdo monopolarne umożliwiające bezpośrednie podłączenie narzędzi w 3 różnych systemach (wtyczka 3 bolcowa, 1-bolcowa o średnicy 4 [mm], 1- bolcowa o średnicy 5 [mm] ) bez użycia dodatkowych adapterów. | Tak/Podać |  |
| 9 | Gniazda bipolarne umożliwiające bezpośrednie podłączenie narzędzi w 3 różnych systemach (wtyczka standard, wtyczka 28 [mm], wtyczka 22 [mm] ) bez użycia dodatkowych adapterów | Tak/Podać |  |
| 10 | Możliwość podłączenia do urządzenia dwóch wyłączników nożnych do aktywacji cięcia i koagulacji mono i bipolarnych. | Tak/Podać |  |
| 11 | Regulacja intensywnością ciecia i koagulacji oraz możliwość zmiany trybów pracy przy pomocy wyłącznika nożnego i uchwytu do koagulacji i ciecia. | Tak/Podać |  |
| 12 | Aparat posiadający funkcję redukowania wyświetlanych informacji o najistotniejsze pokazujące wyłącznie parametry pracy aktualnie wykorzystywanego instrumentu. | Tak/Podać |  |
| 13 | Moc znamionowa cięcia monopolarnego min. 300 [W] regulowana z dokładnością 1 [W] w całym zakresie mocy. | Tak/Podać |  |
| 14 | Minimum 4 tryby – rodzaje ciecia monopolarnego:mikrochirurgiczny,delikatny,wysokowydajny,hemostatyczny  | Tak/Podać |  |
| 15 | Moc znamionowa koagulacji monopolarnej min. 200 [W] regulowana z dokładnością 1 [W] w całym zakresie mocy. | Tak/Podać |  |
| 16 | Minimum 4 rodzaje/tryby koagulacji monopolarnej:delikatna,mikrochirurgiczna,intensywna,preparująca. | Tak/Podać |  |
| 17 | Moc koagulacji monopolarnej typu natryskowego regulowana do min. 120 [W] | Tak/Podać |  |
| 18 | Maksymalna moc wyjściowa koagulacji bipolarnej 120 [W] +/-10 [W] | Tak/Podać |  |
| 19 | Ilość rodzajów koagulacji bipolarnej do dyspozycji min. 3 (mikrochirurgiczna, delikatna, intensywna). | Tak/Podać |  |
| 20 | Aktywacja funkcji bipolarnej: pedał i/lub funkcja auto-start. | Tak/Podać |  |
| 21 | Możliwość samodzielnej regulacji przez personel medyczny czasu opóźnienia funkcji auto-start z dokładnością do co najmniej 0,1 sek. | Tak/Podać |  |
| 22 | Funkcja auto-stop dla koagulacji bipolarnej. | Tak/Podać |  |
| 23 | Tryb zamykania naczyń krwionośnych o średnicy do 7 [mm] | Tak/Podać |  |
| 24 | Moc znamionowa trybu głębokiego zamykania naczyń 300 [W] +/-10 [W] | Tak/Podać |  |
| 25 | Regulacja intensywności działania w 4- stopniowej skali | Tak/Podać |  |
| 26 | Automatyczne kończenie procesu zamykania naczyń potwierdzone sygnałem dźwiękowym. | Tak/Podać |  |
| 27 | Rozpoznawanie podłączonych instrumentów i automatycznedobieranie optymalnych parametrów pracy. | Tak/Podać |  |
| 28 | Funkcja bezpiecznego cięcia bipolarnego i koagulacji bipolarnej w soli fizjologicznej (elektroresekcja bipolarna) automatycznie dobierana moc cięcia min. 370 [W]. | Tak/Podać |  |
| 29 | System bezpieczeństwa elektrody neutralnej monitorujący:jakość przylegania elektrody neutralnej (pomiar symetrii),kontakt między elektroda neutralna a skórą pacjenta(pomiar rezystancji), gęstość prądu poniżej elektrody neutralnej. | Tak/Podać |  |
| 30 | Informacja o jakości przylegania elektrody neutralnej w postaci cyfrowej i graficznej. | Tak/Podać |  |
| 31 | Możliwość rozbudowy modułu podstawowego o tryb pracy koagulacji bliźniaczej. | Tak/Podać |  |
| 32 | Możliwość rozbudowy systemu o dodatkowe moduły sterowane z modułu głównego:przystawkę argonowąodsysacz dymu | Tak/Podać |  |
| 33 | Wyposażenie:wyłącznik nożny podwójny z przyciskiem do zmiany programu – 1 szt.wyłącznik nożny pojedynczy – 1 szt. | Tak/Podać |  |
| 34 | Wózek pod aparat | Tak/Podać |  |
| **Warunki serwisu** |
| 1 | Okres gwarancji minimum 36 miesięcy  | Tak, Podać |  |
| 2 | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi okresowe przeglądy techniczne przedmiotów zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do wykonania przeglądu. Ostatni przegląd musi zostać wykonany w ostatnim miesiącu gwarancji. | Tak, Podać |  |
| 3 | Czas reakcji na zgłoszenie usterki nastąpi najpóźniej w następnym dniu roboczym od dnia zgłoszenia. Dni robocze rozumiane są jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | Tak, Podać |  |
| 4 | Czas skutecznej naprawy od momentu zgłoszenia awarii – max. 5 dni roboczych, rozumiane jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | Tak, Podać |   |
| 5 | Okres dostępności części zamiennych od daty sprzedaży przez min. 10 lat. | Tak, Podać |  |
| 6 | W okresie gwarancji Wykonawca do napraw i przeglądów będzie używał wyłącznie nowych części zamiennych | Tak, Podać |   |
| 7 | Przedłużenie gwarancji o czas niesprawności sprzętu | Tak, Podać |   |
| 8 | Serwis gwarancyjny świadczony będzie przez podmiot autoryzowany przez Producenta, świadczący usługi w miejscu instalacji sprzętu. Komunikacja z serwisem odbywać się będzie w języku polskim | Tak, Podać |   |