**EZ/ZP/57/2021/KŁ**

Załącznik nr 2a do SIWZ

(Załącznik nr 1 do umowy)

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**(Wymagane parametry techniczno-funkcjonalne)**

**PAKIET NR 1**

**Aparat do kriochirurgii z wózkiem**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wykonawca/Producent** | | |  | | | |
| **Nazwa-model/typ** | | |  | | | |
| **Kraj pochodzenia** | | |  | | | |
| **Rok produkcji min. 2020r.** | | | | | | |
| **Lp.** | | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | | | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| **Aparat do kriochirurgii z wózkiem** | | | | | | |
| 1 | Zasilanie elektryczne: 100 ÷ 240V (50 / 60 Hz) AC | | | TAK podać | |  |
| 2 | Klasa bezpieczeństwa elektrycznego: I, Stopień: B | | | Tak, podać | |  |
| 3 | Maksymalny pobór mocy: 150 VA | | | TAK podać | |  |
| 4 | Klasa IP obudowy: IP 21 | | | TAK podać | |  |
| 5 | Czynnik roboczy - Podtlenek azotu (N2O), lub dwutlenek węgla (CO2) w stalowych butlach ciśnieniowych | | | Tak, podać | |  |
| 6 | Ciśnienie robocze: 50 ÷ 65 bar (CO2) / 38 ÷ 53 bar (N2O) | | | Tak, podać | |  |
| 7 | Ciśnienie maksymalne: 70 bar (CO2) / 55 bar (N2O) | | | TAK, podać | |  |
| 8 | Tryby pracy: AUTO, RĘCZNY | | | TAK | |  |
| 9 | Minimalna temperatura końcówki roboczej: do -88°C | | | TAK, podać | |  |
| 10 | Wymiary aparatu: 390 (Sz.) x 420 (Gł.) x 190 (Wy.) mm | | | TAK, podać | |  |
| 11 | Ciężar: 11,5 kg (±2 kg) | | | TAK, podać | |  |
| 12 | Dotykowy ekran LCD 7” | | | TAK | |  |
| 13 | Miernik ciśnienia gazu w sondzie (na ekranie LCD) | | | TAK | |  |
| 14 | Miernik przepływu gazu przez sondę (na ekranie LCD) | | | TAK | |  |
| 15 | Pokrętło regulacji ciśnienia gazu zasilającego sondę | | | TAK | |  |
| 16 | Pedał sterujący dwuprzyciskowy | | | TAK | |  |
| 17 | Aparat z funkcją automatycznego czyszczenia sond (krioaplikatorów ) w przypadku ich niedrożności, umożliwiającą czyszczenie ich, bez konieczności odłączania przewodów od sondy ani od aparatu | | | TAK | |  |
| 18 | zastosowanie w specjalnościach medycznych: ginekologia, leczenie bólu, neurochirurgia, okulistyka, laryngologia, flebologia, urologia. | | | Tak, podać | |  |
| 19 | Urządzenie wyposażone w system RFID (elektroniczna komunikacja urządzenia z sondą), który gwarantuje bardziej efektywne i precyzyjne mrożenie (aparat automatycznie dostosowuje parametry do charakterystyki sondy).  Dzięki temu podczas zabiegu nie ma potrzeby kontrolowania przepływu i ciśnienia w sondzie. | | | TAK | |  |
| 20 | Urządzenie wyposażone w system wstępnego czyszczenia sondy, który sprawdza przepływ na niskim ciśnieniu, przepływu podczas wstępnego mrożenia i automatycznie wykonuje czyszczenie jeśli jest taka potrzeba. | | | TAK | |  |
| 21 | Możliwość wyposażenia aparatu w sondy o różnych kształtach i wielkościach, przeznaczone dla wielu specjalności medycznych. | | | Tak, podać | |  |
| 22 | Dostępność kriosond jednorazowych lub wielorazowego użytku. | | | Tak, podać | |  |
| 23 | Menu aparatu dajace możliwość wyboru sekwencji mrożenia, która zapewnia zaprogramowanie czasu i wykonanie pełnego cyklu mrożenie - rozmrażanie – mrożenie. | | | TAK | |  |
| 24 | Urządzenie wyposażone w kolorowy wyświetlacz, na którym przedstawione dokonane ustawienia i parametry oraz informacyjne komunikaty głosowe. | | | TAK | |  |
| 25 | Gwarantowana dostępność części zamiennych 10 lat | | | TAK | |  |
| **Akcesoria dodatkowe** | | | | | | |
| 1 | Wyposażenie:  - kontaktowa sonda kriochirurgiczna do jaskry Ø 3,0 mm -1 szt.  - kontaktowa sonda kriochirurgiczna do siatkówki długa Ø 3,0 mm -1 szt.  - kontaktowa sonda kriochirurgiczna do siatkówki kątowa długa Ø 3,0 mm -1 szt. | | | TAK | |  |
| 2 | Wózek do aparatu | | | TAK | |  |
| **POZOSTAŁE WARUNKI** | | | | | | |
| Karta gwarancyjna | | | | TAK  załączyć  przy dostawie | |  |
| Instrukcja obsługi w języku polskim | | | | TAK  załączyć przy dostawie | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Okres gwarancji minimum 24 miesięcy licząc od dnia wydania Zamawiającemu towaru zgodnego z umową. | **Dodatkowy okres** gwarancji ponad minimalny należy podać w formularzu ofertowym | *(dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt.36 SIWZ.)* |

Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny prowadzi………………………..………………....... (uzupełnić)

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – nie spełnienie nawet jednego z w/w parametrów spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane, urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.