**EZ/105/2021/ESŁ**

**Załącznik nr 2.2 do SWZ**

(Załącznik nr 1 do umowy)

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**(wymagane minimalne parametry techniczno-funkcjonalne)**

**Pakiet nr 2 – Aparat do kriochirurgii z wózkiem – 1 szt.**

**Producent**  ........................................................................................................

**Nazwa-model/typ** ............................................................................................

**Kraj pochodzenia** .............................................................................................

**Rok produkcji** ..................................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry techniczno-funkcjonalne** | **Wymogi graniczne** | **Parametry oferowane** |
| 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 dające 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** |
| 1 | Instrukcja obsługi w języku polskim *(załączyć wraz z dostawą urządzenia)* | TAK |  |
| 2 | Karta gwarancyjna *(załączyć wraz z dostawą urządzenia)* | TAK |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Okres gwarancji minimum 24 miesiące 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 SWZ.* |

**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.