**EZ/151/2021/ESŁ**

**Załącznik nr 2.3 do SWZ**

(Załącznik nr 1 do umowy)

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

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

**Pakiet nr 3 – Aparaty do kriochirurgii z wózkiem – 2 szt.**

|  |
| --- |
| **Poz. 1 – Aparat do kriochirurgii z wyposażeniem okulistycznym – 1 szt.** |
| **Producent**  ….....................................................................................................**Nazwa-model/typ** ….........................................................................................**Kraj pochodzenia** …..........................................................................................**Rok produkcji** …............................................................................................... |
| **Lp.** | **Opis minimalnych parametrów technicznych** | **Parametry i wartości wymagane** | **PARAMETRY OFEROWANE: Potwierdzenie Wykonawcy TAK lub opis parametrów oferowanych/ podać zakresy/ opisać** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, min. 2021 rok produkcji | Takpodać |  |
| 2 | Zasilanie elektryczne: 100 ÷ 240V (50 / 60 Hz) AC | Tak,podać |  |
| 3 | Klasa bezpieczeństwa elektrycznego: I, Stopień: B | Tak, podać |  |
| 4 | Maksymalny pobór mocy: 150 VA | Tak,podać |  |
| 5 | Klasa IP obudowy: IP 21 | Tak,podać |  |
| 6 | Czynnik roboczy – Podtlenek azotu (N2O), lub dwutlenek węgla (CO2) w stalowych butlach ciśnieniowych | Tak, podać |  |
| 7 | Ciśnienie robocze: 50 ÷ 65 bar (CO2) / 38 ÷ 53 bar (N2O) | Tak, podać |  |
| 8 | Ciśnienie maksymalne: 70 bar (CO2) / 55 bar (N2O) | Tak, podać |  |
| 9 | Tryby pracy: AUTO, RĘCZNY | Tak |  |
| 10 | Minimalna temperatura końcówki roboczej: do -88°C | Tak, podać |  |
| 11 | Wymiary aparatu: 390 (Sz.) x 420 (Gł.) x 190 (Wy.) mm | Tak, podać |  |
| 12 | Ciężar: około 11,5 kg  | Tak, podać |  |
| 13 | Dotykowy ekran LCD 7” | Tak |  |
| 14 | Miernik ciśnienia gazu w sondzie (na ekranie LCD) | Tak |  |
| 15 | Miernik przepływu gazu przez sondę (na ekranie LCD)  | Tak |  |
| 16 | Pokrętło regulacji ciśnienia gazu zasilającego sondę  | Tak |  |
| 17 | Pedał sterujący dwuprzyciskowy | Tak |  |
| 18 | Aparat z funkcją automatycznego czyszczenia sond (krioaplikatorów ) w przypadku ich niedrożności, umożliwiającą czyszczenie ich, bez konieczności odłączania przewodów od sondy ani od aparatu | Tak |  |
| 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. | 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 |  |
| 26 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny | Tak |  |
| **Akcesoria dodatkowe**  |
| 27 | 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 |  |
| 28 | Wózek do aparatu | Tak |  |
| **Poz. 2 - Aparat do kriochirurgii z wyposażeniem dermatologicznym - 1 szt.** |
| **Producent**  ........................................................................................................**Nazwa-model/typ** ............................................................................................**Kraj pochodzenia** .............................................................................................**Rok produkcji** .................................................................................................. |
| **Lp.** | **Opis minimalnych parametrów technicznych** | **Parametry i wartości wymagane** | **PARAMETRY OFEROWANE: Potwierdzenie Wykonawcy TAK lub opis parametrów oferowanych/ podać zakresy/ opisać** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, min. 2021 rok produkcji | Takpodać |  |
| 2 | Zasilanie: Aparat nieelektryczny | Tak |  |
| 3 | Czynnik roboczy - Podtlenek azotu (N2O).  | Tak |  |
| 4 | Ciśnienie pracy w zakresie - 3,5 ÷ 5 MPa | Tak, podać |  |
| 5 | Ciśnienie maksymalne – 5,5 MPa | Tak, podać |  |
| 6 | Wymiary aparatu - 135 x 120 x 125 mm | Tak,podać |  |
| 7 | Ciężar aparatu - 1,5 kg | Tak, podać |  |
| 8 | Ciężar wózka butli - 5,5 kg | Tak, podać |  |
| 9 | Miernik ciśnienia gazu w sondzie | Tak |  |
| 10 | Pokrętło regulacji ciśnienia gazu zasilającego sondę | Tak |  |
| 11 | Pedał sterujący jednoprzyciskowy | Tak |  |
| 12 | Gwarantowana dostępność części zamiennych 10 lat | Tak |  |
| 13 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny | Tak |  |
| **Akcesoria dodatkowe** |
| 14 | Wyposażenie: - kontaktowa sonda kriochirurgiczna uniwersalna Ø 6 mm -1 szt.- kontaktowa sonda kriochirurgiczna lekko wypukła, okrągła Ø 4,5 mm -1 szt.- kontaktowa sonda kriochirurgiczna lekko wypukła, okrągła Ø 5,5 mm -1 szt.- wielorazowa sonda kriochirurgiczna natryskowa – 1 szt. | Tak |  |
| 15 | Wózek do aparatu umożliwiający stabilne zainstalowanie na nim aparatu (mocowanie przy pomocy dwóch śrub), przystosowany do butli o pojemności 10 litrów | Tak |  |
| **Pozostałe warunki** |
| 1 | Instrukcja obsługi w języku polskim *(załączyć wraz z dostawą urządzenia)* | Tak  |  |
| 2 | Karta gwarancyjna w języku polskim *(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.