**Znak sprawy: EZ/22/2026/SL**

**Załącznik nr 2.4 do SWZ**

*(Załącznik nr ………. do umowy)*

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-FUNKCJONALNYCH**

**Pakiet nr 4– Aparat do koagulacji wraz z oddymiaczem- 1 kpl.**

**Rok produkcji : /sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / min. 2025**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Parametr oferowany – opisać, podać zakresy** *(wskazać dokument przedmiotowy wraz z numerem strony na potwierdzenie spełnienia parametru)* |
|  | Nazwa produktu | podać |  |
|  | Model/typ | podać |  |
|  | Producent | podać |  |
|  | Zestaw do elektrochirurgii umożliwiający pracę monopolarną i bipolarną | TAK |  |
|  | Kolorowy ekran dotykowy obrazujący parametry urządzenia, służący do komunikacji aparat-użytkownik, wielkość wyświetlacza min. 8” | TAK, podać |  |
|  | Oprogramowanie w języku polskim | TAK |  |
|  | Niezależnie działające gniazda przyłączeniowe, min.:  • monopolarne – min. 2 szt.  • bipolarne – min. 1 szt.  • elektrody neutralnej – min. 1 szt. | TAK, podać |  |
|  | Moc wyjściowa dla cięcia monopolarnego regulowana do min. 300 W | TAK, podać |  |
|  | Moc wyjściowa dla cięcia bipolarnego regulowana do min. 120 W | TAK, podać |  |
|  | Co najmniej 3 rodzaje trybu cięcia monopolarnego do wyboru: delikatny, osuszający - hemostatyczny, intensywny –waporyzujący | TAK |  |
|  | Tryb cięcia bipolarnego o regulowanej intensywności | TAK |  |
|  | Moc wyjściowa koagulacji monopolarnej regulowana do min. 140 W dla każdego wymaganego trybu pracy | TAK, podać |  |
|  | Moc wyjściowa koagulacji bipolarnej regulowana do min. 120 W dla każdego wymaganego trybu pracy | TAK, podać |  |
|  | Funkcja regulacji intensywności prądu cięcia monopolarnego i bipolarnego (stopnia hemostazy ciętej tkanki) w skali min. 10-stopniowej | TAK, podać |  |
|  | Funkcja regulacji intensywności prądu koagulacji monopolarnej i bipolarnej w skali min. 10-stopniowej | TAK, podać |  |
|  | Funkcja zmiany programów manualnie – przez panel diatermii oraz przez dodatkowy przycisk na włączniku nożnym | TAK |  |
|  | Regulacja jasności ekranu, natężenia dźwięku sygnału aktywacyjnego, maksymalnego czasu aktywacji, itd. | TAK |  |
|  | Wizualna i akustyczna sygnalizacja pracy; sygnały akustyczne zróżnicowane dla każdego trybu pracy | TAK |  |
|  | Wizualna i akustyczna sygnalizacja nieprawidłowego działania urządzenia. Informacja o niesprawności w formie komunikatu z opisem wyświetlanym na ekranie urządzenia w jęz. polskim. | TAK |  |
|  | System stałej kontroli aplikacji elektrody neutralnej dwudzielnej (ukierunkowanie elektrody, wielkość aktywnej powierzchni kontaktowej, symetria obciążenia połówek elektrody) | TAK |  |
|  | Automatyczny system bezpieczeństwa elektrody neutralnej dopasowujący każdorazowo tolerancję rezystancji tkanki do właściwości skóry pacjenta | TAK |  |
|  | Sygnalizacja graficzna poprawnej aplikacji elektrody neutralnej. Wyświetlacz graficzny i cyfrowy informujący o wielkości rezystancji połączenia elektroda – skóra | TAK |  |
|  | **WYPOSAŻENIE** | | |
|  | Wózek pod aparat-1szt | TAK |  |
|  | Włącznik nożny podwójny z przyciskiem do zmiany programów | TAK |  |
|  | Włącznik nożny pojedynczy z przyciskiem do zmiany programów | TAK |  |
|  | Uchwyt elektrod monopolarnych z elektrodą szpatułkową, trzpień ø 2.4mm ,wtyk 3PIN jednorazowy -300szt | TAK, podać |  |
|  | Kabel do przyłączania elektrod neutralnych, dł. min. 4 m – 2 szt. | TAK, podać |  |
|  | Elektroda neutralna, dzielona o powierzchni min 85 ± 5 cm2, z zewnętrznym pierścieniem ekwipotencjalnym 23 cm2 ± 2cm2, na elastycznym podłożu z włókniny, z wklejanymi etykietami do protokołu zabiegu pacjenta – 300 szt. | TAK, podać |  |
|  | Elektroda monopolarna wolframowa, prosta ø 0.5x3mm; dł. 40-50mm; trzpień ø 2.4mm,wielorazowa -5szt | TAK, podać |  |
|  | Elektroda monopolarna kulkowa, prosta ø 2 mm; dł. 40-50mm; trzpień ø 2.4mm ,wielorazowa-5szt | TAK, podać |  |
| **Pozostałe:** | | | |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące | TAK | ***Dodatkowy okres gwarancji ponad minimalny należy podać w formularzu ofertowym.*** *Dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym w SWZ.* |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim (załączyć wraz z dostawą urządzenia) | TAK |  |
|  | Karta gwarancyjna (załączyć wraz z dostawą urządzenia) | TAK |  |
|  | Szkolenie w zakresie obsługi aparatu w siedzibie Zamawiającego. | TAK |  |
|  | Przedmiot umowy jest **wyrobem medycznym** wrozumieniu **ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych** (Dz.U. 2024 poz. 1620) oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych.  W przypadku, gdy **komponenty, akcesoria lub elementy zestawu** nie stanowią wyrobu medycznego w rozumieniu ww. ustawy, **Wykonawca zobowiązany jest do przedłożenia stosownego oświadczenia** wskazując, **które elementy nie są wyrobami medycznymi** | TAK | *Szczegółową kalkulację cenową dotyczącą wyrobów niemedycznych Wykonawca winien podać w formie odrębnej tabeli stanowiącej załącznik do formularza ofertowego* |

**Parametry wymagane zaznaczone „TAK” stanowią parametry graniczne, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji przedmiotu zamówienia.**

**Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty dokumentach przedmiotowych wraz z tłumaczeniem na język polski.**

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

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.