**Znak sprawy: EZ/21/2026/RŁ**

**Załącznik nr 2.4 do SWZ**

*(Załącznik nr ………. do umowy)*

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-FUNKCJONALNYCH**

**Pakiet nr 4**

**Stolik typu Mayo – 4 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Producent** |  |
| **Nazwa / model / typ / nr katalogowy** |  |
| **Rok produkcji (min. 2025)** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów techniczno-funkcjonalnych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany – opisać, podać zakresy** *(wskazać dokument przedmiotowy wraz z numerem strony na potwierdzenie spełnienia parametru)* |
|  | Stół do serwowania przyrządów z pompą nożną | Tak |  |
|  | Regulacja wysokości od 900 do 1 400 mm (+/- 50 mm) | Tak, podać |  |
|  | Blat ze stali nierdzewnej o wym. 700 x 500 mm, zdejmowany, z podniesioną krawędzią, obracany o 360°, do zamocowania w każdej pozycji z zaokrąglonymi rogami i krawędziami. | Tak, podać |  |
|  | Kolumna nośna i rama ze stali nierdzewnej, cokół pokryty stalą nierdzewną, podwójne kółka z tworzywa sztucznego Ø 75 mm, łożysko kulkowe, antystatyczne, nierdzewne. | Tak |  |
|  | Bezpieczne obciążenie robocze z blatem w dowolnej pozycji: min. 30 kg. | 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.* |
|  | Karta gwarancyjna w języku polskim *(załączyć przy dostawie)* | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim *(załączyć przy dostawie)* | 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.

**Aparat do koagulacji wraz z oddymiaczem – 2 kpl *(opis dotyczy jednego kpl)***

|  |  |
| --- | --- |
| **Producent** |  |
| **Nazwa / model / typ / nr katalogowy** |  |
| **Rok produkcji (min. 2025)** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów techniczno-funkcjonalnych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany – opisać, podać zakresy** *(wskazać dokument przedmiotowy wraz z numerem strony na potwierdzenie spełnienia parametru)* |
|  | Aparat mono i bipolarny wyposażony w funkcję zamykania naczyń o średnicy do 7 [mm] z automatycznym dopasowaniem mocy wyjściowej do właściwości fizykochemicznych tkanek | Tak |  |
|  | Możliwość integracji poszczególnych urządzeń chirurgicznych (diatermia, przystawka argonowa, odsysacz dymu z pola operacyjnego) w jednolity system sterowany z tej samej jednostki sterującej | Tak |  |
|  | Możliwość podłączenia odsysacza dymu z pola operacyjnego również w zabiegach laparoskopowych. | Tak |  |
|  | Możliwość utworzenia min. 99 różnych konfiguracji nastaw (programów) i zapisania ich pod nazwą zabiegu lub nazwiskiem lekarza | Tak, podać |  |
|  | Aparat o wymiarach 400x180x430 mm +/- 10 mm  o max. wadze 8,5 kg | Tak, podać |  |
|  | Wielokolorowy wyświetlacz obrazujący parametry urządzenia, służący do komunikacji między aparatem a użytkownikiem | Tak |  |
|  | Zmiana nastaw i parametrów za pomocą przycisków funkcyjnych i podświetlanego pokrętła. | Tak |  |
|  | Pokrętło do zmiany nastaw podświetlane w zależności od trybu w którym się znajduje:  - Cięcie;  - Koagulacja;  - Menu; | Tak |  |
|  | Odporność urządzenia na impuls defibrylacji | Tak |  |
|  | Układ monitorowania jakości przylegania elektrody neutralnej z graficznym wskaźnikiem stopnia przylegania elektrody | Tak |  |
|  | Wykrywanie nieprawidłowej pracy, sygnalizacja wizualna i dźwiękowa w połączeniu z wyświetlaniem komunikatów zapisanych w języku polskim | Tak |  |
|  | Minimalna liczba i rodzaj gniazd przyłączeniowych:   * monopolarne – 2 [szt.], * bipolarne –2 [szt.],   elektrody neutralnej – 1 [szt.]. | Tak, podać |  |
|  | Aparat umożliwia bezpośrednie podłączenie narzędzi monopolarnych w systemie wtyczek  jednopinowym 5 mm oraz trzypinowym | Tak |  |
|  | Możliwość uruchamiania funkcji monopolarnych  i bipolarnych przy użyciu jednego włącznika nożnego | Tak |  |
|  | Max. moc znamionowa cięcia monopolarnego min. 350W | Tak, podać |  |
|  | Minimum 10 rodzajów cięcia monopolarnego, w tym: papilektomia i polypektomia. | Tak, podać |  |
|  | Aktywacja funkcji cięcia monopolarnego przez włącznik nożny i przycisk na uchwycie | Tak |  |
|  | Max. moc znamionowa koagulacji monopolarnej  min. 250W | Tak, podać |  |
|  | Minimum 10 rodzajów koagulacji monopolarnej w tym natryskowa i natryskowa w endoskopii. | Tak, podać |  |
|  | Aktywacja funkcji koagulacji monopolarnej przez włącznik nożny i przycisk na uchwycie | Tak |  |
|  | Możliwość równoległej koagulacji przez dwóch operatorów używając jednocześnie prądu natryskowego lub preparacyjnego. | Tak |  |
|  | Max. moc znamionowa cięcia bipolarnego min. 120W | Tak, podać |  |
|  | Max. moc znamionowa koagulacji bipolarnej min. 120W | Tak, podać |  |
|  | Możliwość aktywacji pęset bipolarnych w trybie mikro z regulacją mocy koagulacji 0,1[W] –50 [W] | Tak |  |
|  | Aktywacja funkcji bipolarnej przez włącznik nożny  i dodatkowo dla pęset bipolarnych za pomocą funkcji  auto-start | Tak |  |
|  | Możliwość regulacji czasu zwłoki początku koagulacji funkcji auto-start. | Tak |  |
|  | Progresywna zmiana wartości mocy przy regulacji parametrów pracy urządzenia. | Tak |  |
|  | Funkcja automatycznego zakończenia koagulacji, nie dopuszczająca do przesuszenia tkanek (auto-stop) | Tak |  |
|  | Prądy bipolarne dla pęset mikro z trybem auto-start auto-stop, z aktywacją pedałem nożnym, auto start, auto stop | Tak |  |
|  | Moduł do preparowania i zamykania dużych naczyń  do 7 [mm]. Praca odbywa się w cyklu automatycznym, tzn. aparat dozuje prąd w zależności od tkanki i użytego narzędzia, zakończenie procesu sygnalizuje dźwiękowo i wyłącza prąd. Ze względów bezpieczeństwa nie dopuszcza się możliwości ręcznego ustawiania parametru mocy w tym programie | Tak |  |
|  | Automatyczne rozpoznawanie narzędzi do zamykania naczyń, z jednoczesnym automatycznym ustawieniem parametrów pracy. | Tak |  |
|  | Narzędzia współpracujące z modułem do zamykania naczyń do 7 mm posiadające przewód zintegrowany z narzędziem i wtyczką. | Tak |  |
|  | Aparat kompatybilny z wielorazowymi instrumentami  do zamykania naczyń do 7 mm z jednoczesnym mechanicznym wbudowanym cięciem. | Tak |  |
|  | Słupkowy monitor mocy wartości prądu, pokazujący realną wartość podawanego na tkankę prądu. | Tak |  |
| **Odsysacz dymu z pola operacyjnego** | | | |
|  | Odsysacz dymu z funkcją ssania do operacji laparoskopowych ze wskaźnikiem żywotności filtra, wtykiem do chirurgii otwartej oraz osobnym wtykiem do laparoskopii wraz z osobnymi wyświetlaczami dla obu podłączeń. Zestaw zawierający wielorazowy filtr ULPA, oraz przewód podłączeniowy do diatermii. | Tak |  |
|  | Automatyczna aktywacja, za pomocą przycisku na panelu przednim, po aktywacji prądu za pomocą przełącznika nożnego i po aktywacji prądu za pomocą przycisku na uchwycie monopolarnym. | Tak |  |
|  | Tryb TURBO aktywujący maksymalne nastawy urządzenia | Tak |  |
|  | Dwa złącza do podłączenia przewodów w oddymiających średnicy Ø 10 mm oraz Ø 22 mm | Tak, podać |  |
|  | Możliwość podłączenia do centralnego systemu ssania | Tak |  |
|  | Waga urządzenia: maks. 12 kg | Tak, podać |  |
|  | Wymiary urządzenia:  - szerokość: 390 mm (+/- 10 mm)  - wysokość: 220 mm (+/- 10 mm)  - głębokość (z filtrem głównym): 460 mm (+/- 10 mm) | Tak, podać |  |
|  | Przepływ powietrza: min. 750 l/min. | Tak, podać |  |
|  | Jednorazowa rękojeść monopolarna dwuprzyciskowa, z elektrodą nożową nieprzywierającą, elektroda pokryta powłoką teflonową; teleskopowa (możliwość wydłużenia o min. 100 mm) z ewakuacją dymu z pola operacyjnego – 40 szt. | Tak, podać |  |
|  | Dodatkowy wielorazowy filtr ULPA dedykowany do odsysacza dymu – 1 szt. | Tak |  |
|  | Włącznik nożny diatermii chirurgicznej, podwójny: CIĘCIE-KOAGULACJA, bryzgoszczelny, model lekki, z kablem dł. 5 m, wtyczka KOAX 4-złączowa wraz z opcją do przełączania programów – 1 szt. | Tak |  |
|  | Kabel elektrody neutralnej, dł. 4 m - 1 szt. | Tak |  |
|  | Elektroda neutralna j. użytku dla dorosłych i dla dzieci – 100 szt. | Tak |  |
|  | Wspólny wózek dla diatermii chirurgicznej, odsysacza dymu, przystawki argonowej zainstalowanej w przyszłości; wózek biały, posiadający uchwyt do przemieszczania oraz miejsce na 2 butle z argonem – 1 szt. | Tak |  |
| **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.* |
|  | Karta gwarancyjna w języku polskim *(załączyć przy dostawie)* | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim *(załączyć przy dostawie)* | 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.