**Załącznik nr 2**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**ZADANIE I** – **Zakup i dostawa gastroskopu dla NOVUM-MED Sp. z o.o. szt. 1**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**1. Parametry wymagane - funkcje, zakresy parametrów i cechy gastroskopu, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty**

Nazwa ( nazwa handlowa )model, typ, nr katalogowy ……………………………….

Producent ( pełna nazwa i adres ) ………………………………

Kraj pochodzenia :……………………………………………

Rok produkcji : min. 2017r. …………………………………….

 **Dystrybutor : pełna nazwa, adres, telefon…………………………..**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametry** **i wartości wymagane/ graniczne****tak/nie** | **Parametr (cecha)/wartość oferowana - wpisać****Dokument potwierdzający spełnienie parametru****( *Wpisać nazwę dokumentu oraz podać stronę w ofercie )*** |
| 1. | Średnica kanału roboczego – min. 2,8 mm | Tak |  |
| 2. | Średnica zewnętrzna – max 9,0 mm | Tak |  |
| 3. | Chip CCD w końcówce endoskopu  | Tak |  |
| 4. | Kąt obserwacji – min. 140 st. | Tak |  |
| 5. | System głębi ostrości min. 4-100mm | Tak |  |
| 6. | Wbudowany mikrochip informacyjny zawierający informację o typie i nr seryjnym wideoendoskopu z pamięcią ustawień balansu bieli ze stałym ustawieniem soczewki względem wylotu kanału biopsyjnego co daje stałość kierunku wyjścia narzędzia endoskopowego | Tak |  |
| 7. | Programowalne przyciski sterujące głowicy endoskopowej z możliwością przypisania każdej funkcji sterującej procesora – min. 4 | Tak |  |
| 8. | Zagięcie końcówki w stopniach minimum G/D; L/P: 210/120; 120/120 | Tak |  |
| 9. | Długość robocza min. 1050mm | Tak |  |
| 10. | Obsługa trybu pracy w wąskich pasmach światła (pełna kompatybilność w wszystkimi funkcjami posiadanego procesora wizyjnego serii EPK-I5000 | Tak |  |
| 11. | Tryb obrazowania w filtracji optyczno-cyfrowej dla górnego odcinka przewodu pokarmowego | Tak |  |
| 12. | System z zastosowaniem zabezpieczenia wtyku z podłączeniem do procesora i źródła światła za pomocą jednego konektora | Tak |  |
| 13. | Wlot kanału biopsyjnego typu Luer | Tak |  |
| 14. | Zawór testera szczelności w konektorze  | Tak |  |
| 15. | Obrotowy konektor w zakresie min 180 st redukujący ryzyko skręcenia światłowodu | Tak |  |
| 16. | Aparat w pełni zanurzalny z zastosowaniem nakładek uszczelniających dla bezpieczeństwa styków elektrycznych | Tak |  |
| 17. | Rękojeść endoskopu z oznaczeniem modelu endoskopu z możliwością rozbudowy o system oznakowania kodem paskowym do systemu rejestracji procesów mycia | Tak |  |
| 18. | Możliwość mycia i dezynfekcji automatycznie w środkach chemicznych różnych producentów (min 5, załączyć listę) | Tak |  |
| 19. | Pełna kompatybilność z posiadanymi myjniami dezynfektorami INNOVA E3 oraz INNOVA E2 bez użycia dodatkowych przyłączy i adapterów. | Tak |  |
| 20. | Pełna kompatybilność z posiadanymi procesorami wizyjnymi serii EPK-i5000, EPK-100p | Tak |  |
| 21 | Koszyk do usuwania ciał obcych w endoskopii, wielorazowego użytku, dł. min. 200 cm, średnica cewnika max. 2,3 mm, długość kosza min. 60 mm | Tak |  |
| 22 | Pętla do polipektomii, wielorazowego użytku, trwale połączona z uchwytem, średnica min. 35 mm, długość min. 230 cm, średnica cewnika max. 2,3 mm - 2 szt. | Tak |  |
| 23 | Klipsownica endoskopowa wielorazowego użytku, długość min. 230 cm, do kanału roboczego min. 2,8 mm, funkcja rotacji | Tak |  |
| 24 | Kleszcze biopsyjne do endoskopii – 3 szt. | Tak |  |
| POZOSTAŁE |
| 1 | Instrukcja obsługi w języku polskim (z dostawą) | Tak |  |
| 2 | Paszport techniczny | Tak |  |
| 3 | Gwarancja minimum 24 m-ce | TAK |  |
| 4 | Serwis pogwarancyjny 10 lat | TAK |  |
| 5 | W przypadku awarii zgłoszonej pisemnie za pomocą poczty elektronicznej na adres …. do godz. 15:00 dnia roboczego, w kolejnym dniu roboczym w miejscu awarii zostanie podjęte działanie serwisowe mające na celu uruchomienie sprzętu i doprowadzenie go do stanu sprzed awarii w ciągu następnych 24 godzin. | TAK |  |
| 6 | W przypadku braku możliwości usunięcia awarii w terminie określonym w punkcie 5 na czas naprawy firma dostarczy nieodpłatnie sprzęt zastępczy spełniający parametry i funkcjonalność sprzętu, który uległ awarii | TAK |  |
| 7 | Wykonawca gwarantuje, że dostarczony sprzęt jest fabrycznie nowy, rok produkcji min. 2017, posiada wszelkie wymagane certyfikaty do zastosowań medycznych i zostanie zainstalowany bez żadnego uszczerbku | TAK |  |
| 8 | Wykonawca zapewni nieodpłatne, specjalistyczne szkolenie personelu w zakresie funkcjonowania, koniecznej konserwacji i dezynfekcji dla wszystkich użytkowników w/w sprzętu | TAK |  |
| 9 | Przeglądy w okresie trwania gwarancji łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta ( w ilości, zakresie – zgodnie z wymogami producenta) na koszt dostawcy | TAK |  |
| 10 | Udokumentowanie wpisanych w tabeli parametrów załączonymi w oryginale katalogami i materiałami technicznymi producenta z czytelnym zaznaczeniem odniesień do zaoferowanych parametrów i wyposażenia (zamawiający zastrzega sobie prawo sprawdzenia wiarygodności podanych przez wykonawcę parametrów technicznych we wszystkich dostępnych źródłach) | TAK |  |
| 11 | Wykonawca przedstawi listę materiałów eksploatacyjnych koniecznych do użytkowania oferowanego sprzętu oraz podzespołów ulegających zużyciu podczas eksploatacji wraz z ich wyceną. | TAK |  |
| 12 | Wykonawca przedstawi informacje dotyczące czasu po jakim zachodzi konieczność wymiany podzespołów i części podlegających zużyciu wraz z podaniem ceny tych elementów i ich wymiany. | TAK |  |
| 13 | Gwarancja niezmienności ceny dotycząca artykułów z listy. Zmiana ceny dopuszczalna w przypadku zmiany wskaźnika inflacji i zmiany kursu walut. | TAK |  |
| 14 | Wykonawca gwarantuje, że wyżej wyspecyfikowany przedmiot oferty jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji | TAK |  |
| 15 | Ubezpieczenie od wszelkich ryzyk przez okres min. 24 miesięcy  | TAK |  |
| 16 | Deklaracja zgodności i/lub certyfikat CE | TAK |  |

………………………………………… ………………………………………….………………

 miejscowość, data pieczątka i podpis osoby upoważnionej

 **Załącznik nr 2**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**ZADANIE II** – **Zakup i dostawa MYJKI ULTRADŹWIĘKOWEJ dla NOVUM-MED Sp. z o.o. szt. 1**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**1. Parametry wymagane - funkcje, zakresy parametrów i cechy myjki ultradźwiękowej, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty**

Nazwa ( nazwa handlowa )model, typ, nr katalogowy ……………………………….

Producent ( pełna nazwa i adres ) ………………………………

Kraj pochodzenia :……………………………………………

Rok produkcji : min. 2017r. …………………………………….

 **Dystrybutor : pełna nazwa, adres, telefon…………………………..**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametry** **i wartości wymagane/ graniczne****tak/nie** | **Parametr (cecha)/wartość oferowana - wpisać****Dokument potwierdzający spełnienie parametru****( *Wpisać nazwę dokumentu oraz podać stronę w ofercie )*** |
| 1. | wymiary wew. wanny max. (dł. 300 mm x szer. 250 mm x głęb. 100 mm) | Tak |  |
| 2. | Pojemność min. 6,5 l | Tak |  |
| 3. | moc ultradźwiękowa 2x 320 W (max/okres) | Tak |  |
| 4. | Częstotliwość min. 40 kHz | Tak |  |
| 5. | moc układu grzania 300W | Tak |  |
| 6. | regulator temperatury 30-80°C | Tak |  |
| 7. | układ czasowy 0-30 min | Tak |  |
| 8. | wymiary zew. Max. (dł. 350 mm x szer. 300 mm x wys.250 mm ) | Tak |  |
| 9. | Waga max. 6,0 kg | Tak |  |
| 10 | Koszyk na akcesoria | Tak |  |
| 11 | Przykrywka myjni | Tak |  |
| POZOSTAŁE |
| 1 | Instrukcja obsługi w języku polskim (z dostawą) | TAK |  |
| 2 | Paszport techniczny | TAK |  |
| 3 | Gwarancja minimum 24 m-ce | TAK |  |
| 4 | Serwis pogwarancyjny 10 lat | TAK |  |
| 5 | W przypadku awarii zgłoszonej pisemnie za pomocą poczty elektronicznej na adres …. do godz. 15:00 dnia roboczego, w kolejnym dniu roboczym w miejscu awarii zostanie podjęte działanie serwisowe mające na celu uruchomienie sprzętu i doprowadzenie go do stanu sprzed awarii w ciągu następnych 24 godzin. | TAK |  |
| 6 | W przypadku braku możliwości usunięcia awarii w terminie określonym w punkcie 5 na czas naprawy firma dostarczy nieodpłatnie sprzęt zastępczy spełniający parametry i funkcjonalność sprzętu, który uległ awarii | TAK |  |
| 7 | Wykonawca gwarantuje, że dostarczony sprzęt jest fabrycznie nowy, rok produkcji min. 2017, posiada wszelkie wymagane certyfikaty do zastosowań medycznych i zostanie zainstalowany bez żadnego uszczerbku | TAK |  |
| 8 | Wykonawca zapewni nieodpłatne, specjalistyczne szkolenie personelu w zakresie funkcjonowania, koniecznej konserwacji i dezynfekcji dla wszystkich użytkowników w/w sprzętu | TAK |  |
| 9 | Przeglądy w okresie trwania gwarancji łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta ( w ilości, zakresie – zgodnie z wymogami producenta) na koszt dostawcy | TAK |  |
| 10 | Udokumentowanie wpisanych w tabeli parametrów załączonymi w oryginale katalogami i materiałami technicznymi producenta z czytelnym zaznaczeniem odniesień do zaoferowanych parametrów i wyposażenia (zamawiający zastrzega sobie prawo sprawdzenia wiarygodności podanych przez wykonawcę parametrów technicznych we wszystkich dostępnych źródłach) | TAK |  |
| 11 | Wykonawca przedstawi listę materiałów eksploatacyjnych koniecznych do użytkowania oferowanego sprzętu oraz podzespołów ulegających zużyciu podczas eksploatacji wraz z ich wyceną. | TAK |  |
| 12 | Wykonawca przedstawi informacje dotyczące czasu po jakim zachodzi konieczność wymiany podzespołów i części podlegających zużyciu wraz z podaniem ceny tych elementów i ich wymiany. | TAK |  |
| 13 | Gwarancja niezmienności ceny dotycząca artykułów z listy. Zmiana ceny dopuszczalna w przypadku zmiany wskaźnika inflacji i zmiany kursu walut. | TAK |  |
| 14 | Wykonawca gwarantuje, że wyżej wyspecyfikowany przedmiot oferty jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji | TAK |  |
| 15 | Ubezpieczenie od wszelkich ryzyk przez okres min. 24 miesięcy | TAK |  |
| 16 | Deklaracja zgodności i/lub certyfikat CE | TAK |  |

……………………………………. …………………………………..

 miejscowość, data pieczątka i podpis osoby upoważnionej

*\*) Zamawiający wymaga by z wypełnionych tabel Załącznika nr 2 (SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - Parametry oferowane przez wykonawcę) jednoznacznie wynikało, o jakich parametrach oferowany jest sprzęt i aparatura medycznej dodatkowo: nazwy producenta i model oferowanego sprzętu. Oferty bez jednoznacznie podanych, wyszczególnionych parametrów i nazw/modelu sprzętu będą odrzucane jako niezgodne z treścią zapytania.*