|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *…………………………………* ***Załącznik Nr 1***  *(Nazwa Wykonawcy)*  **ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**  **SPRZĘTU ENDOSKOPOWEGO** | | |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **VIDEOKOLONOSKOP**   Model …………………………………………………………..  Producent ………………………………………………………  Kraj pochodzenia i rok produkcji …………………………… | | | | | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Wymagania graniczne** | | | **Oferowane parametry. Podać zakresy i opisać** | |
| 1 | Kąt obserwacji 1400 | tak | | |  | |
| 2 | Głębia ostrości min. 3-100 mm | tak | | |  | |
| 3 | Średnica wziernika: max 12,8 mm | tak | | |  | |
| 4 | Długość robocza min. 1500 mm | tak | | |  | |
| 5 | Średnica zewnętrzna końcówki endoskopu: max 13,0 mm | tak | | |  | |
| 6 | Średnica kanału roboczego: min. 3,8 mm | tak | | |  | |
| 7 | Kąt zagięcia końcówki endoskopu:  - w górę 1800  - w dół 1800  - w lewo 1600  - w prawo 1600 | tak | | |  | |
| 8 | Videokolonoskop musi być kompatybilny z posiadanym przez Zamawiającego procesorem obrazu EXP-2200 oraz procesorem zamawianym. | tak | | |  | |
| 9 | Manometryczny tester szczelności z niezależnym certyfikatem medycznym. | tak | | |  | |
| 1. **VIDEOGASTROSKOP**   Model …………………………………………………………..  Producent ………………………………………………………  Kraj pochodzenia i rok produkcji ……………………………   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Lp. Lp.** | **Wymagane parametry** | **Wymagania graniczne** | **Oferowane parametry. Podać zakresy i opisać** | | 1 | Kąt obserwacji 1400 | tak |  | | 2 | Głębia ostrości min. 3-100 mm | tak |  | | 3 | Średnica zewnętrzna wziernika: max 9,2 mm | tak |  | | 4 | Długość robocza min. 1050 mm | tak |  | | 5 | Średnica zewnętrzna końcówki endoskopu: min. 9,2 mm | tak |  | | 6 | Średnica kanału roboczego: min. 2,8 mm | tak |  | | 7 | Kąt zagięcia końcówki endoskopu:  - w górę 2100  - w dół 900  - w lewo 1000  - w prawo 1000 | tak |  | | 8 | Videogastroskop musi być kompatybilny z posiadanym przez Zamawiającego procesorem obrazu EXP-2200 oraz procesorem zamawianym. | tak |  |  1. **PROCESOR WIZYJNY HD**   Model …………………………………………………………..  Producent ………………………………………………………  Kraj pochodzenia i rok produkcji …………………………… | | | | | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Wymagania graniczne** | | **Oferowane parametry. Podać zakresy i opisać** | | |
| 1 | Przetwornik CCD „KOLOR” | tak | |  | | |
| 2 | Możliwość powiększenia ruchomego obrazu endoskopowego podczas badania w trybie rzeczywistym | tak | |  | | |
| 3 | Programowy wybór rodzaju oświetlenia: ksenon lub halogen | tak | |  | | |
| 4 | Wyostrzanie obrazu | tak | |  | | |
| 5 | Automatyczny balans bieli | tak | |  | | |
| 6 | Wyjścia video: S-VHS;RGB;DVI | tak | |  | | |
| 7 | Edycja opisów na ekranie | tak | |  | | |
| 8 | Zamrażanie obrazu | tak | |  | | |
| 9 | Zoom elektroniczny | tak | |  | | |
| 10 | Współpraca z endoskopami | tak | |  | | |
| 1. **ŹRÓDŁO ŚWIATŁA**   Model …………………………………………………………..  Producent ………………………………………………………  Kraj pochodzenia i rok produkcji …………………………… | | | | | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Wymagania graniczne** | | **Oferowane parametry. Podać zakresy i opisać** | | |
| 1 | Źródło światła ksenon | tak | |  | | |
| 2 | Moc oświetlenia min. 150 W | tak | |  | | |
| 3 | Lampa zapasowa włączana automatycznie w momencie awarii lampy głównej | tak | |  | | |
| 4 | Zapasowa lampa halogenowa min. 35W | tak | |  | | |
| 5 | Wbudowana pompa powietrza regulowana stopniowa | tak | |  | | |
| 1. **MONITOR LCD**   Model …………………………………………………………..  Producent ………………………………………………………  Kraj pochodzenia i rok produkcji …………………………… | | | | | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Wymagania graniczne** | | **Oferowane parametry. Podać zakresy i opisać** | | |
| 1 | Przekątna obrazu min. 19” | tak | |  | | |
| 2 | Rozdzielczość obrazu min. 1024/745 linii | tak | |  | | |
| 3 | Skala kontrastu 450:1 | tak | |  | | |
| 4 | Luminacja 200 cd/m2 | tak | |  | | |
| 5 | Temperatura barw 6500K | tak | |  | | |
| 6 | Sygnał wejścia: VGA, DVI 24 pin, S-Video, BNC, PC-LINK | tak | |  | | |
| 7 | Sygnał wyjścia: S-Video, BNC | tak | |  | | |
| 1. **WÓZEK ENDOSKOPOWY**   Model …………………………………………………………..  Producent ………………………………………………………  Kraj pochodzenia i rok produkcji …………………………… | | | | | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Wymagania graniczne** | | **Oferowane parametry. Podać zakresy i opisać** | | |
| 1 | Podstawa jezdna z blokadą kół | tak | |  | | |
| 2 | Zasilanie centralne wózka | tak | |  | | |
| 3 | Możliwość ustawienia wszystkich elementów zestawu | tak | |  | | |
| 4 | Wieszak min. na dwa endoskopy | tak | |  | | |
| 5 | Wykonany ze stali nierdzewnej | tak | |  | | |
| 1. **POMPA KOLONOSKOPOWA**   Model …………………………………………………………..  Producent ………………………………………………………  Kraj pochodzenia i rok produkcji …………………………… | | | | | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Wymagania graniczne** | | **Oferowane parametry. Podać zakresy i opisać** | | |
| 1 | Płynna regulacja przepływu | tak | |  | | |
| 2 | Sterowanie przepływu nożne lub z głowicy videoendoskopu | tak | |  | | |
| 3 | Zbiornik na wodę min. 11 | tak | |  | | |
| 4 | Pompa perystaltyczna | tak | |  | | |
| 1. **AUTOMATYCZNA MYJNIA ENDOSKOPOWA**   Model …………………………………………………………..  Producent ………………………………………………………  Kraj pochodzenia i rok produkcji …………………………… | | | | | | |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | | **Wymagania graniczne** | | | **Oferowane parametry. Podać zakresy i opisać** |
| 1 | Przeznaczona do mycia i dezynfekcji wszystkich typów zanurzalnych endoskopów giętkich | | tak | | |  |
| 2 | Myjnia na jeden endoskop | | tak | | |  |
| 3 | Posiada automatyczny proces mycia i dezynfekcji | | tak | | |  |
| 4 | Urządzenie realizujące automatycznie:  - mycie wstępne z użyciem detergentu  - mycie zasadnicze  - dezynfekcję chemiczno-termiczną  - płukanie  - suszenie | | tak | | |  |
| 5 | Możliwość jednokrotnego jak i wielokrotnego użycia płynu dezynfekującego – zamknięty system wielokrotny proces | | tak | | |  |
| 6 | Dezynfekcja w obiegu zamkniętym | | tak | | |  |
| 7 | Dozownik płynu detergentu | | tak | | |  |
| 8 | Czas mycia oraz dezynfekcji programowany | | tak | | |  |
| 9 | Możliwość indywidualnego programowania pracy urządzenia przez użytkownika | | tak | | |  |
| 10 | Posiada wyświetlacz wskazujący poszczególne fazy danego cyklu | | tak | | |  |
| 11 | Posiada możliwość podłączenia do standardowej instalacji hydraulicznej oraz sieci elektrycznej jednofazowej | | tak | | |  |
| 12 | Posiada dodatkowy system filtracji | | tak | | |  |
| 13 | Posiada lampę UV | | tak | | |  |
| 14 | Oferowana myjnia musi zapewniać jednakowe warunki mycia powierzchni wewnętrznych i zewnętrznych endoskopów | | tak | | |  |
| 15 | Wbudowany tester szczelności endoskopu | | tak | | |  |
| 16 | Drukarka umożliwiająca dokumentowanie przebiegu procesu mycia i dezynfekcji | | tak | | |  |
| 17 | Autoryzowany serwis techniczny | | tak | | |  |
| 18 | Zintegrowany zmiękczacz wody | | tak | | |  |
| 19 | Możliwość mycia endoskopów różnych producentów bez konieczności stosowania różnego typu adapterów oprócz testera szczelności | | tak | | |  |
| 20 | Bezpłatny zestaw startowy środków myjących i dezynfekcyjnych na 100 cykli | | tak | | |  |
| 21 | Możliwość użytkowania środków myjących i dezynfekcyj - nych różnych producentów – **podać wykaz** | | tak | | |  |

1. **WARUNKI SERWISU I GWARANCJI VIDEOKOLONOSKOPU**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Wymagania graniczne** | **Oferowane parametry. Podać zakresy i opisać** |
| 1 | 36 miesięcy gwarancji na videokolonoskop, źródło światła, procesor | tak |  |
| 2 | 2 przeglądy gwarancyjne w ciągu roku oraz pełna obsługa serwisowa w okresie gwarancji wliczona w cenę zamówienia | tak |  |
| 3 | Maksymalny czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii faxem lub telefonem (podać w godzinach) | <= 48 godz. w dni robocze |  |
| 4 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <= 72 godz. |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy wymagającej wymiany części | <= 14 dni |  |
| 6 | W sytuacji naprawy dłuższej niż 72 godz. dostarczenie endoskopu zastępczego w ciągu 3 dni. | tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | tak |  |
| 8 | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | <= 3 naprawy |  |
| 9 | Proszę sprecyzować ewentualne ograniczenia gwarancyjne oraz ewentualne przyczyny utraty lub cofnięcia gwarancji | podać |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | min.10 lat od daty dostawy |  |
| 11 | Liczba i lokalizacja punktów serwisowych na terenie kraju – wskazać przeznaczony dla zamawiającego punkt napraw gwarancyjnych (adres, telefon, e-mail) | podać |  |
| 12 | Średni roczny koszt obsługi technicznej po okresie gwarancji w zł | podać |  |
| 13 | Przeszkolenie pracowników zamawiającego (w tym personelu medycznego) w zakresie obsługi sprzętu i procedur serwisowych wymaganych przez producenta potwierdzone dokumentem uprawniającym | tak |  |
| 14 | Pełna instrukcja techniczno-serwisowa dostarczona wraz z aparatem | tak |  |
| 15 | Tygodniowe szkolenie 2 lekarzy na koszt dostawcy | tak |  |
| 16 | Wypełniony paszport techniczny i protokół uruchomienia. | tak |  |
| 17 | Instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona wraz ze sprzętem | tak |  |

1. **WARUNKI SERWISU I GWARANCJI VIDEOGASTROSKOPU**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Wymagania graniczne** | **Oferowane parametry. Podać zakresy i opisać** |
| 1 | 24 miesiące gwarancji na videogastroskop | tak |  |
| 2 | 1 przegląd gwarancyjny w ciągu roku oraz pełna obsługa serwisowa w okresie gwarancji wliczona w cenę zamówienia | tak |  |
| 3 | Terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych | podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie (podać w godzinach) | <= 48 godz.w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <= 72 godz. |  |
| 6 | Maksymalny czas naprawy wymagającej wymiany części (podać w godzinach) | <= 14 dni |  |
| 7 | W sytuacji naprawy dłuższej niż 72 godziny dostarczenie endoskopu zastępczego w ciągu 3 dni. | tak |  |
| 8 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | <= 3 naprawy |  |
| 10 | Proszę sprecyzować ewentualne ograniczenia gwarancyjne oraz ewentualne przyczyny utraty lub cofnięcia gwarancji | podać |  |
| 11 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | min.10 lat od daty dostawy |  |
| 12 | Liczba i lokalizacja punktów serwisowych na terenie kraju – wskazać przeznaczony dla zamawiającego punkt napraw gwarancyjnych (adres, telefon, e-mail) | podać |  |
| 13 | Średni roczny koszt obsługi technicznej po okresie gwarancji w zł | podać |  |
| 13 | Przeszkolenie pracowników zamawiającego (w tym personelu medycznego) w zakresie obsługi sprzętu i procedur serwisowych wymaganych przez producenta potwierdzone dokumentem uprawniającym | tak |  |
| 14 | Pełna instrukcja techniczno-serwisowa dostarczona wraz z aparatem | tak |  |
| 15 | Tygodniowe szkolenie 2 lekarzy na koszt dostawcy | tak |  |
| 16 | Wypełniony paszport techniczny i protokół uruchomienia. | tak |  |
| 17 | Instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona wraz ze sprzętem | tak |  |

1. **WARUNKI SERWISU I GWARANCJI MYJNI ENDOSKOPOWEJ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Wymagania graniczne** | **Oferowane parametry. Podać zakresy i opisać** |
| 1 | 36 miesięcy gwarancji na myjnię endoskopową | tak |  |
| 2 | 2 przeglądy gwarancyjne w ciągu roku oraz pełna obsługa serwisowa w okresie gwarancji wliczona w cenę zamówienia | tak |  |
| 3 | Terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych | podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie (podać w godzinach) | <=48 godz. |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <= 72 godz. |  |
| 6 | Maksymalny czas naprawy wymagającej wymiany części (podać w godzinach) | <= 14 dni |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | tak |  |
| 8 | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | <= 3 naprawy |  |
| 9 | Proszę sprecyzować ewentualne ograniczenia gwarancyjne oraz ewentualne przyczyny utraty lub cofnięcia gwarancji | podać |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | min.10 lat od daty dostawy |  |
| 11 | Liczba i lokalizacja punktów serwisowych na terenie kraju – wskazać przeznaczony dla zamawiającego punkt napraw gwarancyjnych (adres, telefon, e-mail) | podać |  |
| 12 | Średni roczny koszt obsługi technicznej po okresie gwarancji w zł | podać |  |
| 13 | Przeszkolenie pracowników zamawiającego w zakresie obsługi sprzętu i procedur serwisowych wymaganych przez producenta potwierdzone dokumentem uprawniającym | tak |  |
| 14 | Pełna instrukcja techniczno-serwisowa dostarczona wraz z aparatem | tak |  |
| 15 | Bezpłatne szkolenie personelu medycznego | tak |  |
| 16 | Wypełniony paszport techniczny i protokół uruchomienia. | tak |  |
| 17 | Instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona wraz ze sprzętem | tak |  |

1. Parametry określone jako „tak”, oraz parametry o określonych warunkach liczbowych („<=”) są warunkami granicznymi. Udzielenie odpowiedzi „nie” lub ich niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
2. Do oferty należy dołączyć oryginalny prospekt z danymi technicznymi w j. polskim, potwierdzający zgodność deklarowanych parametrów technicznych z danymi producenta. W przypadku braku potwierdzenia wartości danego parametru w prospekcie technicznym, należy dołączyć inne dokumenty producenta – np. części instrukcji obsługi.

Oświadczamy, że:

- oferowany wyżej sprzęt jest kompletne i po zainstalowaniu i uruchomieniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych, z wyłączeniem materiałów eksploatacyjnych.

- oferowane urządzenie, oprócz spełniania odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

.................................................... .......................................................

*(Miejscowość, data) (podpis Wykonawcy)*