Załącznik nr 2 do SIWZ

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Pakiet 10 Videolaryngoskop (1 sztuka)**

 (Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii)

Nazwa Producenta ………………………………

Nazwa/Model/Typ Urządzenia ………………………………

Kraj pochodzenia ………………………………

| Lp. | Parametry techniczne i funkcje | Parametry wymagane (TAK) | Odpowiedź WykonawcyTAK / NIEOpisoferowanych parametrów |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **PARAMETRY**
 |
|  | Videolaryngoskop dla pacjentów dorosłychRok produkcji 2020 | Tak, podać |  |
|  | Monitor kolorowy LCD, dotykowy, o przekątnej 3,5” i rozdzielczości 640 x 480 | Tak, podać |  |
|  | Monitor przymocowany do uchwytu urządzenia.Możliwość obracania monitora w dwóch płaszczyznach. | Tak, podać |  |
|  | Kąt pola widzenia kamery: 60° (+/-10°) | Tak, podać |  |
|  | Zakres roboczy (głębia ostrości): 20 – 100 mm | Tak, podać |  |
|  | Rękojeść z wbudowaną kamerą zapewniającą możliwość obserwowania krtani podczas laryngoskopii | Tak, podać |  |
|  | Źródło światła: dioda LED, 1000 luxów, 5000K | Tak, podać |  |
|  | Możliwość rejestracji zdjęć i filmów | Tak, podać |  |
|  | Możliwość podłączenia do zewnętrznego monitora przez złącze HDMI (lub inne równoważne) | Tak, podać |  |
|  | Tor wizyjny - łyżka stanowi osłonę modułu kamery i diody LED oraz zabezpiecza ten moduł przed bezpośrednim kontaktem z ciałem pacjenta | Tak, podać |  |
|  | Podgrzewana optyka zapobiega parowaniu kamery | Tak, podać |  |
|  | Funkcja kontroli temperatury podczas intubacji zapobiegająca parowaniu kamery | Tak, podać |  |
|  | Łyżki laryngoskopowe o specjalnym kształcieułatwiającym intubację trudnych dróg oddechowych  | Tak, podać |  |
|  | W zestawie z wideolaryngoskopem zostaną dostarczone łyżki wielokrotnego użytku. Rozmiary łyżek: M (średnia), L (duża),W zestawie minimum 1 sztuka z każdego rozmiaru. | Tak, podać |  |
|  | Łyżki wielokrotnego użytku sterylizowane lub dezynfekowane w oparciu o polskie normy | Tak, podać |  |
|  | W zestawie z wideolaryngoskopem zostaną dostarczone łyżki jednokrotnego użytku jałowe lub sterylne wykonane z tworzywa sztucznego.Rozmiar M – 10 sztukRozmiar L – 10 sztuk | Tak, podać |  |
|  | Wideolaryngoskop zasilany akumulatorem (baterią) zainstalowanym w monitorze. | Tak, podać |  |
|  | Możliwość ładowania akumulatora (baterii). Podać sposób ładowania baterii. Zasilacz (ładowarka) w komplecie. | Tak, podać |  |
|  | Czas działania baterii wynosi min. 240 minut.Wskaźnik zużycia baterii widoczny na monitorze. | Tak, podać |  |
|  | Warunki pracy urządzenia: Temperatura otoczenia w zakresie od 10ºC do 40ºCWilgotność względna w zakresie od 10% do 50% | Tak, podać |  |
|  | Możliwość rozbudowy urządzenia – podać, (np. rozbudowa o:- sztywną endoskopową prowadnicę intubacyjną z wbudowaną kamerą,- giętki endoskop intubacyjny z kanałem roboczym lub bez kanału roboczego).Parametr nie wymagany.  | Podać  |   |
| 1. **Serwis gwarancyjny**
 |
|  | Okres gwarancji min. 24 m-cy.  | Tak, podać | Uwagi: 12 m-ce jak we wniosku |
|  | W okresie gwarancji min. 2 przeglądy techniczne wliczone w cenę oferty | Tak, podać |  |
|  | Gwarancja produkcji części zamiennych na min. 10 lat od dostawy. | Tak, podać |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego (użytkownika) w zakresie eksploatacji i obsługi wyposażenia zostało wliczone w cenę oferty przetargowej. | Tak, podać |  |
|  | Karta katalogowa producenta – wizualizacja  | Tak, podać |  |

UWAGI:

1. W kolumnie „Parametry wymagane i oceniane” w zakresie:

- Parametrów wymaganych umieszczono „TAK, podać/opisać” wpisanie odpowiedzi NIE lub pozostawienie pola pustego czyli brak odpowiedzi oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów, a oferta Wykonawcy podlegać będzie odrzuceniu.

1. Do dostawy Wykonawca jest zobowiązany dołączyć wszystkie akcesoria potrzebne do sprawdzenia wszystkich wymaganych przez Zamawiającego funkcji.
* Oświadczamy, iż zaoferowany przedmiot zamówienia spełnia warunki opisane w specyfikacji istotnych warunków zamówienia (SIWZ) oraz posiada parametry opisane w Opisie Przedmiotu Zamówienia
* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny, fabrycznie nowy z min. 2020 roku i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji
* Oświadczamy iż dostarczymy na swój koszt materiały potrzebne do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.
* Oświadczamy, iż zapewniamy w swoim zakresie pełną opiekę serwisową w okresie trwania gwarancji, w tym bieżącą konserwację urządzenia oraz zobowiązuje się do przeprowadzenia przeglądów serwisowych w całym okresie trwania gwarancji zgodnie z zaleceniami producenta, które zapewnią jego prawidłowe funkcjonowanie. Koszt przeglądów gwarancyjnych, utrzymania sprawności urządzenia i jego naprawy w przypadku awarii zastał wliczony w cenę oferty przetargowej wraz z kosztami dojazd techników/ serwisantów do siedziby Zamawiającego lub kosztami przesłania urządzenia do serwisu Wykonawcy.
* Oświadczamy, iż przy dostawie przedmiotu zamówienia Użytkownikowi zostanie dostarczona:
1. instrukcja obsługi w języku polskim (CD lub pisemna),
2. instrukcja czyszczenia i dezynfekcji urządzenia oraz dekontaminacji łyżek wielokrotnego użytku.
3. dokumenty dopuszczające urządzenie do obrotu i użytkowania na terenie gospodarczym UE oraz potwierdzające zgodność z normami UE, wpis do rejestru wyrobów medycznych,
4. karta gwarancyjna,
5. wykaz polecanych i autoryzowanych przez producenta serwisów technicznych,
6. Paszport techniczny (karta techniczna) będzie dostarczona wraz z urządzeniami, przy czym zawierać będzie (minimum) poniższe dane:
7. nazwa urządzenia pozwalająca zidentyfikować przeznaczenie urządzenia,
8. nazwa producenta,
9. typ urządzenia i numer seryjny,

W części ww. dokumentu dotyczącej remontów, napraw i badań stanu technicznego powinny znaleźć się zapisy dokumentujące:

1. uruchomienie urządzenia, przeprowadzenie testu (bezpieczeństwa elektrycznego),
2. poświadczenie, że urządzenie jest sprawne i bezpieczne w użytkowaniu,
3. datę wykonania powyższych czynności,
4. datę, do której powinien zostać wykonany następny okresowy przegląd techniczny urządzenia.

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

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy