**Znak sprawy: EZ/1/2026/ESŁ**

**Załącznik nr 2.7 do SWZ**

*(Załącznik nr ………. do umowy)*

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-FUNKCJONALNYCH**

**Pakiet nr 7 - Diatermia okulistyczna**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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)* |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | |
| 1 | Diatermia chirurgiczna mono- i bipolarna przystosowana do wykonywania zabiegów ogólnochirurgicznych | TAK |  |
| 2 | Cięcie monopolarne regulowane w zakresie co najmniej 1 –100 W dla wszystkich dostępnych trybów pracy - min. dwa tryby | TAK, podać |  |
| 3 | Cięcie monopolarne min. dwa tryby delikatny i hemostatyczny | TAK, podać |  |
| 4 | Koagulacja monopolarna regulowana w zakresie co najmniej 1-50 W dla wszystkich dostępnych trybów pracy | TAK, podać |  |
| 5 | Koagulacja monopolarna w trybie łagodnym i intensywnym | TAK |  |
| 6 | Koagulacja bipolarna regulowana w zakresie co najmniej 1-80 W | TAK, podać |  |
| 7 | Regulacja mocy wszystkich funkcji z krokiem co 1W w całym dostępnym zakresie | TAK |  |
| 8 | Funkcja auto-start dla koagulacji bipolarnej | TAK |  |
| 9 | Diatermia wyposażona w gniazdo wyjściowe monopolarne umożliwiające przyłączenie kabli w standardzie 3-pinowym i 1-pinowym 5 mm | TAK |  |
| 10 | Diatermia wyposażona w gniazdo wyjściowe bipolarne umożliwiające przyłączenie kabli w standardzie 2-pinowym i 1-pinowym 4 mm | TAK |  |
| 11 | Parametry wyjściowe ustawiane i zapamiętywane dla każdego gniazda niezależnie | TAK |  |
| 12 | Możliwość ustawienia i zapamiętania odrębnych nastaw dla cięcia i odrębnych dla koagulacji – min. 4 pozycje w pamięci aparatu | TAK, podać |  |
| 13 | Aparat wyposażony w układy monitorujące jakość połączenia elektrody neutralnej z ciałem pacjenta | TAK |  |
| 14 | Układy kontroli:  - prawidłowej aplikacji elektrody neutralnej względem elektrody czynnej,  - prawidłowego przylegania całej elektrody do skóry pacjenta,  - układ kontroli czasu aktywacji, | TAK |  |
| **WYPOSAŻENIE** | | | |
| 15 | Włącznik nożny podwójny -1szt | TAK |  |
| 16 | Elektroda neutralna jednorazowa dzielona o powierzchni 85 -90cm2 z pierścieniem izolowanym mechanicznie i elektrycznie o powierzchni min. 23-25 cm2 – 50szt | TAK, podać |  |
| 17 | Kabel do przyłączania elektrod neutralnych, dł. min. 5 m – 1 szt. | TAK, podać |  |
| 18 | Uchwyt elektrod monopolarnych śr.2.4mm; kabel dł. 4m- 2szt | TAK |  |
| 19 | Elektroda monopolarna wolframowa, prosta ø 0.5x3mm; dł. 40mm; trzpień ø 2.4mm-1szt | TAK |  |
| 20 | Elektroda monopolarna wolframowa, zagięta ø 0.5x3mm; dł. 35mm; trzpień ø 2.4mm-1szt | TAK |  |
| 21 | Elektroda monopolarna kulkowa, prosta ø 2 mm; dł. 40mm; trzpień ø 2.4mm -5szt | TAK |  |
| 22 | Pinceta bipolarna, zagięta ostra; tip 0.5mm; dł. 10-11 cm-1szt | TAK |  |
| 23 | Pinceta bipolarna z powłoką nieprzywierającą tkanek prosta ostra; tip 0.7mm; dł. 12-13 cm-1szt | TAK |  |
| 24 | Kabel do pincet bipolarnych dł. min.4m-2szt | TAK, podać |  |
| **Pozostałe** | | | |
| 1 | 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.* |
| 2 | W okresie gwarancji – przeglądy okresowe w ilości wymaganej przez producenta (podać liczbę wymaganych dla bezpiecznej pracy urządzenia, przeglądów okresowych w okresie 1 roku) | TAK, podać |  |
| 3 | Szkolenie w zakresie obsługi | TAK |  |
| 4 | Karta gwarancyjna w języku polskim *(załączyć przy dostawie)* | TAK |  |
| 5 | Instrukcja obsługi w języku polskim *(załączyć przy dostawie)* | TAK |  |
| 6 | 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.