**Znak sprawy: EZ/242/2025/ESŁ**

**Załącznik nr 2.2 do SWZ**

*(Załącznik nr ………. do umowy)*

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-FUNKCJONALNYCH**

**Pakiet nr 2 – Laser neodymowo-yagowy**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów techniczno-funkcjonalnych** | **Parametr wymagany / punktowany** | **Parametr oferowany – opisać, podać zakresy** *(wskazać dokument przedmiotowy wraz z numerem strony na potwierdzenie spełnienia parametru)* |
| **Typ lasera** | | | |
| 1 | Laser o obecności fali 1064 nm, Nd:Yag oraz 532 nm w jednej jednostce operacyjnej | TAK, podać |  |
| 2 | Klasa IV bezpieczeństwa lasera | TAK |  |
| 3 | Obecność lasera pilotującego | TAK |  |
| 4 | Obecność długości fali | TAK, podać  1 długość fali –  0 pkt  2 długości fali – 3 pkt.  >2 długości fali – 5 pkt |  |
| 5 | Ochrona przed wilgocią | TAK, podać |  |
| **Charakterystyka lasera Nd:Yag 1064 nm** | | | |
| 1 | Moc lasera 1064 nm: wartość mieszcząca się w przedziale od 50 J do 100 J | TAK, podać  - wartość z zakresu od 50J do 70J włącznie - 0 pkt;  - wartość z zakresu powyżej 70J do 90J włącznie - 3 pkt;  -wartość z zakresu powyżej 90J do 100J włącznie - 5 pkt; |  |
| 2 | Czas trwania impulsu 1064nm: minimalny zakres od 5 ms do 60ms | TAK, podać zakres |  |
| 3 | Energia impulsu 1064nm: minimalny zakres od 2J/cm2 do 300 J/cm2 | TAK |  |
| 4 | Częstotliwość impulsów 1064 nm ≥2 Hz | TAK |  |
| **Charakterystyka lasera 532 nm** | | | |
| 1 | Moc lasera 532nm: wartość mieszcząca się w przedziale od 8J do 13,5J | TAK, podać:  - wartość z przedziału od 8J do 10J włącznie - 0 pkt;  - wartość z przedziału powyżej 10J do 13J włącznie - 3 pkt.  -wartość z przedziału powyżej 13 J – 5 pkt. |  |
| 2 | Czas trwania impulsu 532nm: minimalny zakres od 1 ms do 40ms | TAK, podać zakres |  |
| 3 | Energia impulsu 532nm: minimalny zakres od 1,8J/cm2 do 42 J/cm2 | TAK |  |
| 4 | Częstotliwość powtarzania impulsu 532nm: minimalny zakres od 0 Hz do 4 Hz | TAK |  |
| **Wymagania ogólne i dodatkowe** | | | |
| 1 | Sprzęt medyczny dopuszczony do obrotu na terenie RP i jako wyrób medyczny posiada: - deklarację zgodności CE; - certyfikat CE; - wpis do Rejestru wyrobów medycznych i podmiotów odpowiedzialnych za ich wprowadzenie do obrotu i używania prowadzonego przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych | TAK |  |
| 2 | Regulacja czasu impulsu przy stałej energii | TAK |  |
| 3 | Interfejs dotykowy | TAK |  |
| 4 | Oprogramowanie z presetami zabiegowymi | TAK - 5 pkt  NIE - 0pkt |  |
| 5 | Rozmiar plamki zabiegowej tj. co najmniej 3 rozmiary w zakresie 2–16 mm | TAK  - od 3 do 5 rozmiarów - 0 pkt,  - od 6 do 8 rozmiarów - 3 pkt,  - od 9 do 11 rozmiarów - 5 pkt |  |
| 6 | Regulacja rozmiaru plamki – programowa | TAK |  |
| 7 | Długość światłowodu ≥1,8 m | TAK |  |
| 8 | Kalibracja w czasie rzeczywistym | TAK |  |
| 9 | Dodatkowa końcówka zabiegowa o rozmiarze 2 mm | TAK - 5 pkt  NIE - 0pkt |  |
| 10 | Zestaw okularów ochronnych dla personelu i pacjenta – 3 szt. | TAK |  |
| **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 | TAK, dostarczyć przy dostawie |  |
| 5 | Instrukcja obsługi | TAK, dostarczyć przy dostawie |  |
| 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.