Znak sprawy: SOZ.383.58.2022 Załącznik Nr 2 do SWZ

**Formularz parametrów technicznych**

**VIDEORHINOLARYNGOSKOP Z TOREM WIZYJNYM**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYPEŁNIA WYKONAWCA:**  Nazwa przedmiotu zamówienia: …………………………………………………………….……………………………..….  Producent/kraj pochodzenia……………………………………….…………………………………..………..………………  typ/model/seria…………………………….………………...……Rok produkcji ………………………(co najmniej 2022) | | | |
| **L.p.** | **Opis parametrów** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | Długość robocza 30 cm (+ - 2 cm) | TAK |  |
|  | Średnica zewnętrzna 2,9 mm | TAK |  |
|  | Możliwość podłączenia do zewnętrznego monitora, do komputera poprzez dedykowany sterownik USB | TAK |  |
|  | Możliwość sterylizacji | TAK |  |
|  | Zakres kątowy widzenia: min. 100° | TAK, PODAĆ |  |
|  | Zakres ruchu końcówki dystalnej: góra/dół 140°/140° | TAK, PODAĆ |  |
|  | Brak kanału roboczego | TAK |  |
|  | 3 przyciski na rękojeści laryngoskopu: zapis wideo, balans bieli, zapis zdjęć | TAK |  |
|  | Na wyposażeniu tester szczelności, dedykowana walizka | TAK |  |
|  | Źródło światła LED zintegrowane w endoskopie | TAK |  |
|  | Przenośny monitor do podłączania giętkiego videorhinolaryngoskopu | TAK |  |
|  | Obsługa monitora poprzez kolorowy ekran dotykowy HD | TAK |  |
|  | Ekran dotykowy o przekątnej min. 7,5" | TAK, PODAĆ |  |
|  | Rozdzielczość ekranu min. 1920 x 1080 pikseli | TAK, PODAĆ |  |
|  | Monitor wyposażony w min. 2 gniazda wejściowe kamer do jednoczesnego podłączenia giętkiego videocystoskopu wraz z dedykowaną głowicą kamery do sztywnej optyki cystoskopowej w celu szybkiej zmiany | TAK |  |
|  | Dostępna funkcja jednoczesnego wyświetlania obrazu z dwóch kamer w trybach Picture-in-Picture i Side-by-Side | TAK |  |
|  | Monitor wyposażony w gniazdo karty pamięci SD umożliwiające zapis przebiegu cystoskopii w postaci zdjęć i filmu wideo | TAK |  |
|  | Funkcja przeglądania i odtwarzania zapisanych zdjęć i filmów wideo bezpośrednio na monitorze | TAK |  |
|  | Monitor wyposażony w gniazdo USB do podłączenia pamięci PenDrive | TAK |  |
|  | Funkcja zapisu dźwięku poprzez zintegrowany w monitorze mikrofon | TAK |  |
|  | Funkcja transferu danych z karty SD do pamięci PenDrive | TAK |  |
|  | Monitor wyposażony w gniazdo wideo HDMI do podłączenia do dodatkowego, zewnętrznego monitora | TAK |  |
|  | Monitor wyposażony w standard mocowania VESA umożliwiający zamocowanie do stojaka lub uchwytu | TAK |  |
|  | Współczynnik ochrony min. IP54 | TAK |  |
|  | Zasilanie monitora poprzez zintegrowany akumulator Li-Ion jak również z sieci 230 V / 50 Hz, zasilacz sieciowy w zestawie | TAK |  |
|  | Stojak jezdny pod oferowany monitor C-MAC | TAK |  |
|  | Zestaw do dezynfekcji i przechowywania fiberoskopu o dł. 40 cm, kompatybilny z oferowanym endoskopem | TAK |  |
|  | Plastikowy kontener do sterylizacji i przechowywania endoskopów giętkich | TAK |  |
|  | Menu w języku polskim | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 m-ce | TAK |  |
|  | Gwarancja produkcji części zamiennych minimum 5 lat | TAK |  |
|  | Czas na naprawę usterki – do 7 dni, a w przypadku potrzeby sprowadzenia części zamiennych do - 14 dni (dotyczy dni roboczych) | TAK |  |
|  | Urządzenie zastępcze w przypadku niewykonania naprawy w ciągu 14 dni od zgłoszenia awarii | TAK |  |
|  | W ramach ceny: przeglądy w okresie gwarancji (zgodnie z wymogami producenta, nie mniej niż 1 rocznie) | TAK |  |
|  | Szkolenie personelu Zamawiającego | TAK |  |

Wykonawca oświadcza, że oferowane urządzenie medyczne jest fabrycznie nowe, wolne od wad fizycznych i prawnych i objęte gwarancją producenta oraz spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2022 roku, poz. 974), jest zgodne z międzynarodowymi normami bezpieczeństwa EN i posiada deklarację CE.

Wykonawca oświadcza również, że urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji. Jednocześnie oświadczamy, iż oferowany przedmiot zamówienia gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

*.............................................................*

(podpis osoby upoważnionej do

reprezentowania Wykonawcy)