**Zadanie 1 Aparat pantomograficzny z przystawką do cefalometrii**

 **Wzór kosztorysu ofertowego**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia wg elementów urządzenia lub całego kompletu**  | **Nazwa (model / numer katalogowy),****Producent, rok produkcji** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto**  | **Wartość netto**  | **Stawka podatku VAT** | **Wartość brutto**  |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** |
| **1** | **Aparat pantomograficzny z przystawką do cefalometrii**  |  | **1 szt.** |  |  |  |  |
| **2** | **Dostawa i zainstalowanie (montaż, uruchomienie, demontaż), przeszkolenie personelu w zakresie obsługi sprzętu\*)** | xxx | **1 szt.** |  |  |  |  |
| **3** | **Projekt osłon stałych** | xxx | **1 szt.** |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | **X** | **X** | **X** |  | **X** |  |

Zamawiający wymaga, aby na fakturze widniała nazwa przedmiotu zamówienia – **Aparat pantomograficzny z przystawką do cefalometrii**

\*) W przypadku nieodpłatności usługi wpisać 0 zł

UWAGA

W przypadku elementów przedmiotu zamówienia opodatkowanych różnymi stawkami Vat, Wykonawca uprawniony jest do rozwinięcia tabeli kosztorysu ofertowego na poszczególne elementy zamówienia.

Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Urządzenie model/typ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rok produkcji (wyprodukowane w roku 2022 lub nowsze) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| 1. **Wymagania dotyczące przedmiotu zamówienia:**
2. Zamawiający wymaga zaoferowania urządzeń o tych samych lub nie gorszych parametrach i standardach jakościowych, jak wskazane w załączniku nr 1 do Opis przedmiotu zamówienia.
3. Zamawiający wymaga zaoferowania urządzeń fabrycznie nowych, nie prototypów, niemodyfikowanych, nieregenerowanych, nieuszkodzonych, nie będących uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, kompletnych, które po zainstalowaniu będą gotowe do użytkowania bez konieczności jakichkolwiek dodatkowych zakupów i inwestycji, nie obciążonych prawami osób lub podmiotów trzecich.
4. Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć urządzenia do miejsca użytkowania, rozpakować, podłączyć do instalacji (montaż/demontaż), uruchomić, sprawdzić oraz przeszkolić pracowników Zamawiającego w zakresie wskazanym we wzorze umowy stanowiącym załącznik nr 4 do SWZ i przekazać urządzenia do użytku.
 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRU / WARUNKU** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany/podać** |
| **Dane sprzętu medycznego** |
|  | Urządzenie medyczne klasy IIb | TAK |  |
|  | Klasyfikacja IEC 60601-1 - Klasa I, typ B | TAK |  |
|  | Stosowane części - zgodnie z IEC 60601‐1: 2012 | TAK |  |
|  | Urządzenie medyczne zarejestrowane w Polsce | TAK |  |
|  | Urządzenie z przystawką do zdjęć do cefalometrycznych | TAK |  |
|  | Urządzenie z możliwością rozbudowy do CBCT | TAK |  |
|  | Wszystkie panele sterowania używane przez użytkownika w j. polskim | TAK |  |
|  | Oprogramowanie w j. polskim | TAK |  |
|  | Napięcie lampy max.90 kV | TAK, podać |  |
|  | Prąd lampy zakres 1-16 mA | TAK |  |
|  | Częstotliwość pracy generatora, tryb rezonansowy, DSP-kontrolowane w zakresie 80-160 kHz | TAK |  |
|  | Ognisko lampy nie więcej niż 0,5 mm | TAK |  |
|  | Filtracja całkowita (ponad) 2,5 mm Al. | TAK |  |
|  | Równoważnik filtracji przedniej pokrywy obudowy głowicy (nie ujęty w podanej filtracji łącznej) 0,3 mm Al przy 70 kV / HVL 2,6 mm Al | TAK, podać |  |
| **Obrazowanie pantomograficzne** |
|  | Regulowany kształt i wielkość ogniskowej | TAK |  |
|  | Automatyczna kompensacja cienia kręgosłupa | TAK |  |
|  | Pozycjonowanie pacjenta "twarzą w twarz" | TAK |  |
|  | Pozycjonowanie pozycji pacjenta przy użyciu 3 linii laserowych | TAK |  |
|  | Wykonywanie badań w pozycji stojącej i siedzącej | TAK |  |
|  | Filtry przetwarzania obrazu (opisać) | TAK, podać |  |
|  | Technologia czujnika CCD | TAK |  |
|  | Wielkość pixela maksymalnie 50 µm  | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wyboru wielkości piksela na obrazie | TAK |  |
|  | Skala szarości otrzymywanych obrazów (nie mniej niż) 15 bit | TAK, podać |  |
|  | SID nie mniej niż 500 mm | TAK, podać |  |
| **Obrazowanie Cefalometryczne** |
|  | Obraz cefalometryczny, maksymalne pole 30x27 cm | TAK, podać |  |
|  | Możliwość kolimacji obrazu cefalometrycznego | TAK |  |
|  | Regulacja wysokości na przystawce cefalometrycznej | TAK |  |
|  | Wykonywanie zdjęć AP/PA czaszki | TAK |  |
|  | Długość ramienia cefalostatu mierzona od środka kolumny pantomografu nie dłuższa niż 135 cm | TAK, podać |  |
| **Oprogramowanie** |
|  | Oprogramowanie diagnostyczne z bezterminową licencją na używanie | TAK |  |
|  | Oprogramowanie pracujące w systemach Win 10 Pri, Win 10 Pro, Win 11 Pro, 2022/19/16 server, Mac OS X | TAK, podać |  |
| **Wyposażenie wymagania** |
|  | Fartuch ochronny do wykonywania zdjęć pantomograficznych | TAK |  |
|  | Komputer zgodnie z wymaganiami producenta | TAK |  |
|  | Monitor medyczny, diagnostyczny | TAK |  |
|  | Wykonanie projektu osłon stałych dla ofertowanego aparatu | TAK |  |
|  | Po instalacji przedmiotu zamówienia uprawniony przedstawiciel Wykonawcy zobowiązany jest przeprowadzić nieodpłatnie testy odbiorcze (akceptacyjne) oraz testy specjalistyczne zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 3 kwietnia 2017 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej. | TAK |  |
|  | Montaż sprzętu (demontaż aktualnie zainstalowanego), szkolenie personelu, uruchomienie systemu informatycznego do obsługi pantomogramu 2d w obrębie istniejącej infrastruktury teleinformatycznej Centrum. | TAK |  |
|  | Aparat montowany do ściany | TAK |  |
|  | Minimum 10 letni okres (po zakupie) dostępności części zamiennych gwarantowany przez producenta. | TAK |  |

**Wypełniając tabelę należy :**

* **w przypadku parametrów wymaganych wpisać właściwe słowo TAK lub NIE w zależności od tego, czy proponowany sprzęt spełnia wskazany parametr oraz tam gdzie jest to wymagane PODAĆ jego charakterystykę.** Brak wypełnienia choćby jednego wiersza w kolumnie „**Parametr oferowany / podać”** w tabeli parametrów (jak również brak wpisania informacji we właściwych opisowi parametru jednostkach lub rodzajowi danych) - spowoduje odrzucenie oferty

**Wymagane warunki gwarancji i serwisu gwarancyjnego:**

1. Gwarancja na pantomogram z przystawką do cefalometrii **minimum 24 miesięcy** licząc od daty podpisania protokołu odbioru *(Jest to kryterium oceny ofert i będzie podlegać ocenie zgodnie z zasadami opisanymi w rozdziale XIX SWZ)*
2. Czas reakcji serwisu gwarancyjnego na zgłoszenie usterki urządzenia– **max. 2 dni robocze**(dotyczy dni roboczych rozumianych jako dni od poniedziałku do piątku, z wyjątkiem świąt i dni ustawowo wolnych od pracy, w godzinach od 8.00 do 15.00)
3. Ilość napraw tego samego elementu w okresie gwarancji uprawniających do wymiany urządzenia lub elementu na nowe – ***maksymalnie 3***
4. Czas wykonania skutecznej naprawy urządzenia (rozumianą jako realizację czynności polegających na przywróceniu pierwotnej funkcjonalności przedmiotu umowy) bez użycia części zamiennych (licząc od momentu zgłoszenia awarii) w dniach roboczych - **czas nie dłuższy niż 5 dni roboczych**
5. Czas wykonania skutecznej naprawy urządzenia (rozumianą jako realizację czynności polegających na przywróceniu pierwotnej funkcjonalności przedmiotu umowy) z użyciem części zamiennych (licząc od momentu zgłoszenia awarii) w dniach roboczych - **czas nie dłuższy niż 10 dni roboczych**

**Zadanie 2 Endoskop z torem wizyjnym**

 **Wzór kosztorysu ofertowego**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia wg elementów urządzenia lub całego kompletu**  | **Nazwa (model / numer katalogowy),****Producent, rok produkcji** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto**  | **Wartość netto** | **Stawka podatku VAT** | **Wartość brutto**  |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** |
| **1** | **Endoskop z torem wizyjnym – pełny zakres przedmiotu zamówienia określa tabela opis parameterów/warunków** |  | **1 szt.** |  |  |  |  |
| **2** | **Dostawa i zainstalowanie (montaż, uruchomienie), przeszkolenie personelu w zakresie obsługi sprzętu\*)** | xxx | **1 szt.** |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | **X** | **X** | **X** |  | **X** |  |

Zamawiający wymaga, aby na fakturze widniała nazwa: **Endoskop z torem wizyjnym.**

\*) W przypadku nieodpłatności usługi wpisać 0 zł

UWAGA

W przypadku elementów przedmiotu zamówienia opodatkowanych różnymi stawkami Vat, Wykonawca uprawniony jest do rozwinięcia tabeli kosztorysu ofertowego na poszczególne elementy zamówienia

Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Urządzenie model/typ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rok produkcji (wyprodukowane w roku 2022 lub nowsze) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| 1. **Wymagania dotyczące przedmiotu zamówienia:**
2. Zamawiający wymaga zaoferowania urządzeń o tych samych lub nie gorszych parametrach i standardach jakościowych, jak wskazane w załączniku nr 1 do Opis przedmiotu zamówienia.
3. Zamawiający wymaga zaoferowania urządzeń fabrycznie nowych, nie prototypów, niemodyfikowanych, nieregenerowanych, nieuszkodzonych, nie będących uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, kompletnych, które po zainstalowaniu będą gotowe do użytkowania bez konieczności jakichkolwiek dodatkowych zakupów i inwestycji, nie obciążonych prawami osób lub podmiotów trzecich.
4. Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć urządzenia do miejsca użytkowania, rozpakować, podłączyć do instalacji (montaż), uruchomić, sprawdzić oraz przeszkolić pracowników Zamawiającego w zakresie wskazanym we wzorze umowy stanowiącym załącznik nr 4 do SWZ i przekazać urządzenia do użytku.
 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRU / WARUNKU** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany/podać** |
| **Monitor Medyczny i Komputer**  |
|  | Monitor medyczny minimum 27” potwierdzony certyfikatem, zgodny z rozdzielczością oferowanej kamery | TAK |  |
|  | Komputer z oprogramowaniem do archiwizacji badań  | TAK |  |
| **Kamera medyczna**  |
|  | Kamera medyczna posiadająca certyfikat medyczny rozdzielczość kamery minimum FULL HD min. 1920x1080 | TAK, podać |  |
|  | Sterownik kamery wyposażony w gniazdo do podłączenia głowic kamer, gniazdo mikrofonu. Możliwość zintegrowania automatycznego włączania po podłączeniu do dedykowanego wózka producenta – przełącznik z tyłu urządzenia do automatycznego/manualnego włączania | TAK |  |
|  | Urządzenie gotowe do podłączania videonasopharyngoskopów ze zintegrowanym chipem kamery na końcu dystalnym oraz videootoskopów. Funkcja automatycznego rozpoznawania rodzaju podłączonej głowicy/videoendoskopu. Brak konieczności wyłączania urządzenia przy zmianie rodzajów głowic. | TAK |  |
|  | Sterownik kamery posiadający na panelu sterowania przyciski funkcyjne do obsługi:Balans bieli do wyboru "balansu bieli". Przycisk trybu endoskopowego do wyboru rozmiaru okna ekspozycji, z diodą LED do wyświetlania stanu. Przycisk ustawiania jasności do ustawienia jasności, z diodą LED do wyświetlania stanu. Przycisk ustawiania kontrastu do ustawienia kontrastu, z diodą LED do wyświetlania stanu. Przycisk stop klatki do "zamrażania" obrazu i wyzwalanie impulsu sterującego na wyjściu typu remote. Przycisk profilu użytkownika o wybierania profilu aplikacji 1,2 lub 3, z diodą LED do wyświetlania wybranego profilu aplikacjiPrzycisk trybu video do ustawiania ekspozycji pola z diodą LED do wyświetlania stanuPrzycisk menu | TAK |  |
|  | Min. 2 x zoom cyfrowy, regulowany skokowo od 1x do min 2x  | TAK, podać |  |
|  | Panel przedni urządzenia nie posiadający szczelin, ani wgłębień, zapewniający możliwość czyszczenia i stosowania dezynfekcji powierzchniowej, potwierdzoną przez producenta | TAK |  |
|  | Wszystkie aktywowane funkcje menu kamery potwierdzane wyświetleniem na ekranie monitora  | TAK |  |
|  | Możliwość ustawienia parametrów kamery dla min. 3 użytkowników oraz możliwość ich szybkiego wywołania z panelu przedniego za pomocą przycisku. Dodatkowo tryb 0 – tryb fabrycznych ustawień. Tryb wyboru funkcji menu z aktywacją menu sterującego w postaci podświetlonych symboli na panelu głównym urządzenia. W menu kamery zakładka wyboru ustawień trybu video dla poszczególnych wyjść DVI oraz SDI oraz wyjść zapasowych DVI oraz SDI. Możliwość zaprogramowania startu danego użytkownika w trybie domyślnym. | TA |  |
|  | Sterownik kamery wyposażony w tylnej części w gniazda:USB - Typ BAUDIO OUT - (Line Out) 3,5 mm StereoGniazdo podłączenia przycisku nożnego Gniazdo do sterowania źródłem światła LEDDwa gniazda typu REMOTE 1 i 2 – do podłączenia zewnętrznych odbiornikówDwa gniazda DVI, 2 x DVI-D4 Gniazda wyjściowe video SDI, 4 x 3G-SDIGniazdo zabezpieczenia typu KENSINGTON LOCK | TAK, podać |  |
|  | Standard sygnałów video na wyjściu minimum 60 Hz dla każdej rozdzielczości | TAK, podać |  |
|  | Możliwość szybkiego wywołania funkcji zamrażania obrazu – tzw. stop klatki zarówno z panelu przedniego jak i z przycisku na głowicy kamery | TAK |  |
|  | Urządzenie dające możliwość podłączenia mikrofonu do procesora kamery i nagrywania dźwięku podczas zabiegu operacyjnego (np. komentarz podczas zabiegu) | TAK |  |
|  | Funkcja balansu bieli wykonywana za pomocą przycisku na panelu przednim urządzenia i na głowicy kamery | TAK |  |
|  | System uniemożliwiający przypadkowe wykonanie balansu bieli podczas pracy endoskopu w polu operacyjnym  | TAK |  |
|  | Sterownik kamery wyposażony w bezprzewodowy, bezbateryjny włącznik nożny do sterowania funkcjami stop klatki. W zestawie kontroler do komunikacji pomiędzy przyciskiem nożnym i sterownikiem. Możliwość zaprogramowania poprzez menu oprogramowania kamery wybranych funkcji dla prawego i lewego przycisku włącznika nożnego min trybu mode, user, balansu bieli, stop klatki. | TAK |  |
|  | Sterownik kamery wyposażony w głowicę kamery z dwoma przyciskami funkcyjnymi w tym jeden do stop klatki (zamrożenia obrazu) drugi programowalny do min. funkcji balansu bieli, kontrastu, jasności. | TAK |  |
|  | Głowica kamery wyposażona w przetwornik 1/3” 1 chip CMOS ze skanowaniem progresywnym, z ogniskową w zakresie minimum f=16-32mm | TAK, podać |  |
|  | Waga głowicy kamery ( bez przewodu) max. 240 g Maksymalne wymiary: 120x50x55mm (+/-5%) | TAK, podać |  |
|  | Przewód przyłączeniowy głowicy kamery o dł. min. 3 m | TAK, podać |  |
|  | Głowica kamery wyposażona w dwa niezależne, programowalne przyciski do sterowania wybranymi funkcjami kamery w tym jeden do stop klatki (zamrożenia obrazu) drugi programowalny do min. funkcji balansu bieli, kontrastu, jasności | TAK, podać |  |
|  | Głowica kamery wyposażona w dwa pierścienie do regulacji zoomu optycznego oraz ostrości | TAK |  |
|  | Zoom optyczny min. 2x | TAK, podać |  |
|  | Optyczny obiektyw umożliwiający dostosowanie rozmiarów obrazu bez utraty jakości i bez konieczności ponownego ogniskowania (funkcja parafokalności) | TAK |  |
|  | Głowica kamery nadająca się do dezynfekcji za pomocą środka czyszczącego powierzchniowo | TAK |  |
|  | Sterownik kamery wyposażony w możliwość funkcji rozjaśniania ciemniejszych obszarów przy podłączeniu do dedykowanego oprogramowania do archiwizacji i przeglądania obrazu | TAK |  |
| **Źródło światła LED** |
|  | Medyczne źródło światła typu LED posiadające certyfikat medyczny | TAK |  |
|  | Źródło światła tego samego producenta co sterownik kamery | TAK |  |
|  | Źródło światła posiadające dwa niezależne kanały typu LED o minimalnej intensywności 720 lm, temperatura barwowa światła 6500K (zbliżona do światła ksenonowego) | TAK, podać |  |
|  | Płynna regulacja natężenia źródła światła  | TAK |  |
|  | Żywotność źródła LED min. 5000 godzin dla każdego kanału | TAK, podać |  |
|  | Automatyczne wyłączenie światła po wyjęciu światłowodu  | TAK |  |
|  | Możliwość zapamiętania mocy światła - po włączeniu urządzenie uruchamia się z nastawioną przez użytkownika preferowaną mocą | TAK |  |
|  | Urządzenie posiadające gniazdo i funkcję typu IrisControl (kontrola przesłony kamery) do automatycznej kontroli natężenia światła. Możliwość integracji źródła światła z systemami stroboskopowymi migawkowo-błyskowymi. | TAK |  |
| **Wózek medyczny** |
|  | Wózek medyczny posiadający certyfikat | TAK, podać |  |
|  | Wózek na min. 4 antystatycznych kołach w tym min. dwa z blokadą | TAK |  |
|  | Możliwości zamontowania jednocześnie wszystkich głównych urządzeń do wózka tj. procesora kamery, źródła światła bez konieczności posiadania półek.  | TAK |  |
|  | Ramię główne z możliwością zamontowania monitora, za pomocą rozstawu VESA  | TAK |  |
|  | Wbudowane min. 6 gniazd separowanych do podłączenia urządzeń | TAK, podać |  |
|  | Zintegrowany uchwyt na głowicę kamery | TAK |  |
| **Akcesoria** |
|  | Światłowód o podwyższonej jakości przesyłania światła, długość min. 3 m; średnica max. 4,8 mm; z adapterami typu STORZ **– 2 sztuki**  | TAK, podać |  |
|  | Optyka nosowa szerokokątna HD; autoklawowalna, długość max. 180mm; średnica 4,0mm, kąt widzenia 45° - **1 sztuka** | TAK, podać |  |
|  | Optyka nosowa szerokokątna HD; autoklawowalna, długość max. 180mm; średnica 4,0mm, kąt widzenia 30° - **1 sztuka** | TAK, podać |  |
|  | Optyka nosowa szerokokątna HD; autoklawowalna, długość max. 180mm; średnica 4,0mm, kąt widzenia 70° - **1 sztuka** | TAK, podać |  |
| **Perystaltyczna pompa płucząca do zabiegów typu FESS** |
|  | Maksymalne ciśnienie wstrzykiwania przy zamkniętym układzie rurek 2 bary | TAK |  |
|  | Przepływ min. 1-15 l/h, na przodzie urządzenia pokrętło do regulacji przepływu | TAK, podać |  |
|  | Wyposażona we włącznik nożny i uchwyt do płynów  | TAK |  |
|  | W zestawie **30 szt.** drenów jednorazowych | TAK |  |
|  | Płaszcz endoskopowy na optykę o śr. 4 mm, współpracujący z pompą **– 2 sztuki**  | TAK |  |
| **Konsola shavera**  |  |  |
|  | Konsola noża obrotowo-ssącego (shavera) laryngologicznego z wbudowaną pompą irygacyjną. | TAK |  |
|  | Urządzenie wyposażone w przedni panel sterujący z przyciskami bez szczelin i wgłębień, funkcja wyświetlania informacji o pracy urządzenia w postaci diod, m.in. dotyczących pracy pompy | TAK |  |
|  | Wbudowana pompa irygacyjna pracująca w minimalnym zakresie od 15 do 130 ml/min z możliwością regulacji co 30%, z trybem ciągłej pracy zsynchronizowanej z działaniem silnika, aktywowany ze sterownika nożnego lub z konsoli. | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie wyposażone w dwuelementowy stojak wykonany ze stali nierdzewnej z możliwością zawieszenia butli irygacyjnej. | TAK |  |
|  | Włącznik nożny wielofunkcyjny, pozwalający na: regulację prędkości pracy shavera, przełączanie między trybem pracy ciągłej w jednym kierunku i oscylacyjnym, regulację pracy pompy irygacyjnej, | TAK |  |
|  | Możliwość wyboru trybów pracy:- ciągły od 500 do 8000 rpm,- oscylacyjny od 500 do 5000 rpm. | TAK, podać |  |
|  | Konsola wyposażona w funkcję sygnalizacji dźwiękowej przy każdorazowym naciśnięciu klawisza klawiatury lub przycisku pedału nożnego z możliwością jej dezaktywacji. | TAK |  |
|  | Pompa irygacyjna pracująca z dedykowanymi, dwukolorowymi przewodami irygacyjnymi o dwóch poziomach przepływu: 100 i 50%. | TAK, podać |  |
|  | Konsola wyposażona w system kontroli urządzenia w postaci diody na panelu sterującym oraz sygnału akustycznego informującym o awarii rączki shavera. | TAK |  |
| **Shaver** |  |  |
|  | Minimalny zakres pracy obrotowej od 600 do 12000 obr/min, Minimalny zakres pracy oscylacyjnej od 500 do 5000 obr/min | TAK, podać |  |
|  | Rączka shavera z mikromotorem bezwibracyjnym, bezszczotkowym, chłodzonym powietrzem, wraz z kablem połączeniowym.Moment obrotowy min. 15 mNm, waga max. 200 g, długości 140 mm +/-5mm, średnica 20 mm +/- 5 mm | TAK, podać |  |
|  | Wbudowany kanał irygacyjny w rączce shavera | TAK |  |
|  | Rączka zagięta (w kształcie pęsety bagnetowej), o kącie zagięcia 15° +/-2o | TAK, podać |  |
|  | Kanał ssący ustawiony w linii prostej z ostrzami | TAK |  |
|  | Możliwość stosowania ostrzy jedno i wielorazowych oraz ostrzy wiercących | TAK |  |
|  | Motor generujący hałas podczas pracy na poziomie max. 65 dB mierzony zgodnie normą ISO11498 | TAK, podać |  |
|  | Możliwość sterylizacji w autoklawie ( do 134°) mikromotora wraz z kablem połączeniowym | TAK |  |
|  | Rękojeść z możliwością regulacji położenia ostrza w zakresie 360° z automatyczną blokadą | TAK |  |
| **Akcesoria** |  |  |
|  | Kontener do sterylizacji rączki shavera wraz z ostrzami wielorazowymi, z specjalnymi silikonowymi uchwytami, z rysunkami przedstawiającymi odpowiednie rozmieszczenie elementów składowych zestawu | TAK |  |
|  | Dreny do irygacji z regulacją przepływu 100% oraz 50%, jednorazowe **– 30 sztuk** | TAK |  |
|  | Ostrze shavera proste, wielorazowe, podwójnie ząbkowane, Ø 4mm, **1 szt.**  | TAK |  |
|  | Ostrze shavera proste, wielorazowe, podwójnie ząbkowane, Ø 3,5 mm, **1 szt.** | TAK |  |
|  | Płyn czyszczący w aerozolu (spray) - zalecany do czyszczenia elementów wiertarki, wyposażony w dyfuzory różnego kształtu i wielkości, dostosowane do czyszczenia elementów składowych zestawu, poj. min. 500 ml  | TAK, podać |  |
|  | Płyn smarujący w aerozolu (spray) - zalecany do smarowania elementów wiertarki, wyposażony w dyfuzory różnego kształtu i wielkości, dostosowane do wielkości elementów składowych zestawu, poj. min. 500 ml  | TAK, podać |  |
| **Narzędzia Operacyjne** |
|  | PODWAŻKA roz. końcówki 3 mm x 8 mm, dł. robocza 80 mm +/-5%, tępa  | TAK |  |
|  | Łyżeczka do zatoki czołowej, zagięta pod kątem 75 stopni, 3,5 x 7,75 mm +/-5%, **1 szt**. | TAK |  |
|  | Łyżeczka do zatoki czołowej, zagięta pod kątem 45 stopni, 3,25x 7,25 mm +/-5%, **1 szt.** | TAK |  |
|  | POWAŻKA TYPU COTTLE podwójnie zakończona, dł. 220 mm +/-10% | TAK |  |
|  | PODWAŻKA TYPU FREER podwójnie zakończona, końcówka 5 mm, dł. 180 mm +/-10% | TAK |  |
|  | Kleszcze nosowe typu Gruenwald, 2 mm x 18 mm +/-5%, dł. rob.: 203 mm +/-10%, **1 szt.** | TAK |  |
|  | Kaseta do sterylizacji, trzypoziomowa, 53 cm x 25,5 cm x 15 cm, +/-5%, **1 szt**. | TAK |  |
|  | KLESZCZYKI BACKHAUS dł. 90 mm +/-10% | TAK |  |
|  | Nóż sierpowaty Friedrich, 9mm, ostry koniec, **1 szt.** | TAK |  |
|  | Ssak śr. 2,5 mm +/-2mm, dł. 150 mm, +/-5% **1 szt.** | TAK |  |
|  | Ssak do zatok, śr. 3 mm (+/-5%), dł. robocza 120 mm, +/-5%, długie zagięcie | TAK |  |
|  | Kaniula ssąca do nosa Orsel, śr. 3, mm +/-5%, krótki koniec, **1 szt.** | TAK |  |
|  | Ssak do zatok, roz., 3 mm, dł. robocza: 147 mm +/-5%, krótkie zakrzywienie, **1 szt.** | TAK |  |
|  | WERTHEIMER SUCTI-TUBE D 3MM +/-5%, 1 szt. | TAK |  |
|  | KLESZCZYKI WEIL-BLAKESLEY dł. 100 mm +/-10%, 2,5 mm proste | TAK |  |
|  | KLESZCZYKI WEIL-BLAKESLEY dł. 100 mm +/-10%, 3,5 mm proste | TAK |  |
|  | KLESZCZYKI WEIL-BLAKESLEY obrotowy, dł. 150 mm +/-10%, 3x7mm  | TAK |  |
|  | KLESZCZYKI WEIL-BLAKESLEY dł. 100 mm +/-10%, 2,5 mm zagięte 45° w górę | TAK |  |
|  | KLESZCZYKI WEIL-BLAKESLEY dł. 100 mm +/-10%, 3 mm zagięte 45° w górę | TAK |  |
|  | MIKRONOŻYCZKI ZATOKOWE JANKOWSKI dł. robocza 110 mm +/-5%, dł. bransz 15 mm, proste | TAK |  |
|  | MIKRONOŻYCZKI ZATOKOWE JANKOWSKI dł. robocza 110 mm +/-5%, dł. bransz 15 mm, zagięte, lewe | TAK |  |
|  | Kleszcze tnące typu Blakesley, proste, dł. robocza 115 mm +/-10%, **1 szt.** | TAK |  |
|  | KLESZCZYKI NOSOWE ROUVIER 2x5 mm +/-10%, zagięte 45° | TAK |  |
|  | Kleszcze tnące do dołu, lewa str., dł. robocza: 100 mm +/-10%, **1 szt.** | TAK |  |
|  | Kleszcze tnące do dołu, prawa str., dł. robocza: 100 mm +/-10%, **1 szt.** | TAK |  |
|  | BIPOLARNE KLESZCZE TNĄCE TYPU WORMALD dł. 105 mm +/-5% | TAK |  |
|  | PODWAŻKA TYPU LEMPERT końcówka 3 mm, dł. 160 mm +/-5% | TAK |  |
|  | Wskaźnik szczękowy, 2.3 and 2.6mm +/-5%, tępe końce, długość 190mm +/-5%, **1 szt.** | TAK |  |
|  | KLESZCZE WEIL-BLAKESLEY Z OKIENKIEM dł. 110 mm +/-5%, śr. 2x5 mm, proste | TAK |  |

**Wypełniając tabelę należy :**

* **w przypadku parametrów wymaganych wpisać właściwe słowo TAK lub NIE w zależności od tego, czy proponowany sprzęt spełnia wskazany parametr oraz tam gdzie jest to wymagane PODAĆ jego charakterystykę.** Brak wypełnienia choćby jednego wiersza w kolumnie „**Parametr oferowany / podać”** w tabeli parametrów (jak również brak wpisania informacji we właściwych opisowi parametru jednostkach lub rodzajowi danych) - spowoduje odrzucenie oferty

**Wymagane warunki gwarancji i serwisu gwarancyjnego:**

1. Gwarancja na endoskop z torem wizyjnym **minimum 24 miesięcy** licząc od daty podpisania protokołu odbioru *(Jest to kryterium oceny ofert i będzie podlegać ocenie zgodnie z zasadami opisanymi w rozdziale XIX SWZ)*
2. Gwarancja na narzędzia operacyjne **12 miesięcy.**
3. Czas reakcji serwisu gwarancyjnego na zgłoszenie usterki urządzenia – **max. 2 dni robocze**(dotyczy dni roboczych rozumianych jako dni od poniedziałku do piątku, z wyjątkiem świąt i dni ustawowo wolnych od pracy, w godzinach od 8.00 do 15.00)
4. Ilość napraw tego samego elementu w okresie gwarancji uprawniających do wymiany urządzenia lub elementu na nowe – ***maksymalnie 3***
5. Czas wykonania skutecznej naprawy urządzenia (rozumianą jako realizację czynności polegających na przywróceniu pierwotnej funkcjonalności przedmiotu umowy) bez użycia części zamiennych (licząc od momentu zgłoszenia awarii) w dniach roboczych - **czas nie dłuższy niż 5 dni roboczych**
6. Czas wykonania skutecznej naprawy urządzenia (rozumianą jako realizację czynności polegających na przywróceniu pierwotnej funkcjonalności przedmiotu umowy) z użyciem części zamiennych (licząc od momentu zgłoszenia awarii) w dniach roboczych - **czas nie dłuższy niż 10 dni roboczych**

**Zadanie 3 - Unity stomatologiczne 8 szt. wraz z asystorem i fotelikiem lekarza**

 **Wzór kosztorysu ofertowego**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia wg elementów urządzenia lub całego kompletu**  | **Nazwa (model / numer katalogowy),****Producent, rok produkcji** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto**  | **Wartość netto**  | **Stawka podatku VAT** | **Wartość brutto**  |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** |
| **1** | **Unit stomatologiczny wraz z asystorem i fotelikiem lekarza – pełny zakres określony w pkt. A. 1 poniżej** |  | **8 szt.** |  |  |  |  |
| **2** | ***Dostawa i zainstalowanie (montaż, uruchomienie, demontaż), przeszkolenie personelu w zakresie obsługi sprzętu\*)*** | xxx | **8 szt.** |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | **X** | **X** | **X** |  | **X** |  |

Zamawiający wymaga, aby na fakturze widniała nazwa przedmiotu zamówienia - **Unit stomatologiczny – 8 szt. wraz z asystorem i fotelikiem lekarza**

\*) W przypadku nieodpłatności usługi wpisać 0 zł

UWAGA

W przypadku elementów przedmiotu zamówienia opodatkowanych różnymi stawkami Vat, Wykonawca uprawniony jest do rozwinięcia tabeli kosztorysu ofertowego na poszczególne elementy zamówienia.

Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Urządzenie model/typ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rok produkcji (wyprodukowane w roku 2022 lub nowsze) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| 1. Zestawienie przedmiotu zamówienia:
2. **Unit stomatologiczny z wyposażeniem:**
3. fotel pacjenta
4. stolik lekarza
5. panel asysty
6. lampa zabiegowa
7. blok spluwaczki
8. sterownik nożny
9. fotelik lekarza
10. asystor stomatologiczny
11. końcówki stomatologiczne wymienione **w pozycjach nr 8, 10, 11, 12** niniejszego załącznika i w określonych w tych pozycjach ilościach (Zamawiający wymaga zaoferowania końcówek stomatologicznych we wskazanych ilościach)
 |
| 1. **Wymagania dotyczące przedmiotu zamówienia:**
2. Zamawiający wymaga zaoferowania urządzeń o tych samych lub nie gorszych parametrach i standardach jakościowych, jak wskazane w załączniku nr 1 do Formularza oferty – Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia.
3. Zamawiający wymaga zaoferowania urządzeń fabrycznie nowych, nie prototypów, niemodyfikowanych, nieregenerowanych, nieuszkodzonych, nie będących uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, kompletnych, które po zainstalowaniu będą gotowe do użytkowania bez konieczności jakichkolwiek dodatkowych zakupów i inwestycji, nie obciążonych prawami osób lub podmiotów trzecich.
4. Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć urządzenia do miejsca użytkowania, rozpakować, podłączyć do instalacji (montaż/demontaż), uruchomić, sprawdzić oraz przeszkolić pracowników Zamawiającego w zakresie wskazanym we wzorze umowy stanowiącym załącznik nr 4 do SWZ i przekazać urządzenia do użytku.
 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRU / WARUNKU** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany/podać** | **Parametr****oceniany** |
|  | unit sterowany pneumatycznie i elektrycznie (dwusystemowy). | TAK, podać |  |  |
|  | ramię ze stolikiem lekarskim, panel asysty, blok spluwaczki, lampa zabiegowa poruszające się góra-dół razem z fotelem. | TAK |  |  |
|  | unit przystosowany do pracy dla osób prawo i leworęcznych, bez potrzeby interwencji serwisu | TAK |  |  |
|  | stolik lekarza, blok spluwaczki, panel asysty, lampa zabiegowa z możliwością umieszczania po lewej i po prawej stronie pacjenta. | TAK |  |  |
|  | stolik lekarza z rękawami na wysięgnikach „od góry” | TAK |  |  |
|  | zasięg rękawów licząc od mocowania w stoliku do końcówki (bez długości końcówki) w linii równoległej do podłogi – min. 90 cm | TAK, podać |  | **90 cm – 1 pkt.****Powyżej 90 cm – 2 pkt.** |
|  | rękaw z dmuchawką 3-funkcyjną z szybko odłączalną (wyjmij-włóż) metalową końcówką przystosowaną do sterylizacji (**jedna końcówka w zapasie**), | TAK |  |  |
|  | rękaw turbinowy typu Midwest z szybkozłączką oraz **turbiną z podświetleniem, z wewnętrznym sprayem, wymiana wierteł przyciskiem**,(łącznie 8szt.) | TAK, podać |  |  |
|  | rękaw z diodową lampą polimeryzacyjną z min. dwoma trybami pracy | TAK, podać |  | **2 tryby pracy – 1 pkt.****Powyżej – 2 pkt.** |
|  | rękaw ze **skalerem piezoelektrycznym ze światłem** z trzema różnymi końcówkami roboczymi (łącznie 8 szt) | TAK |  |  |
|  | rękaw z mikrosilnikiem elektrycznym bezszczotkowym z podświetleniem, (zakres prędkości obrotowej 100 – 40 000 obrotów/min, tryb pracy ENDO, cyfrowa regulacja momentu obrotowego, autorewers) oraz **kątnica o przełożeniu 1:5 z podświetleniem z wewnętrznym sprayem, wymiana wierteł przyciskiem (łącznie 8 szt.) oraz kątnica o przełożeniu 1:1 z podświetleniem z wewnętrznym sprayem, wymiana wierteł przyciskiem ( łącznie 2 szt.)** | TAK, podać |  |  |
|  | rękaw z mikrosilnikiem elektrycznym bezszczotkowym z podświetleniem, (zakres prędkości obrotowej 100 – 40 000 obrotów/min, tryb pracy ENDO, cyfrowa regulacja momentu obrotowego, autorewers), oraz **prostnica o przełożeniu 1:1 z podświetleniem (łącznie 6 szt.)** | TAK, podać |  |  |
|  | taca przy stoliku lekarza o wymiarach min. 28x40 cm, z możliwością zmiany ustawienia w poziomie, mocowana do stolika lekarza na ramieniu podwójnie łamanym, obydwa przeguby wyposażone w łożyska igiełkowe, | TAK, podać |  |  |
|  | mocowanie ramienia ze stolikiem lekarza pod fotelem pacjenta | TAK |  |  |
|  | uchwyt stolika lekarza (umiejscowiony pośrodku stolika lekarza pomiędzy rękawami) z funkcją włączania i wyłączania blokady pneumatycznej położenia stolika, | TAK |  |  |
|  | 6 ramion końcówek (w tym jedno ramię dmuchawki) bez blokad w pozycji „aktywnej” | TAK |  |  |
|  | regulacja przepływu wody i powietrza chłodzącego do końcówek stomatologicznych dostępna dla lekarza za pomocą pokręteł regulacyjnych | TAK |  |  |
|  | funkcja podświetlania danego pokrętła regulacji przepływu wody po aktywacji wybranego ramienia końcówki, | TAK |  |  |
|  | umiejscowiony pośrodku stolika lekarza, uchylny, elektroniczny dotykowy panel sterowania realizujący następujące funkcje: sterowanie ruchami fotela (w tym co najmniej 6 pozycji możliwych do zaprogramowania i wywoływania), programowanie prędkości obrotowej i momentu obrotowego mikrosilnika elektrycznego bezszczotkowego (w tym co najmniej 8 ustawień prędkości obrotowej i momentu obrotowego możliwych do zaprogramowania), zmiana kierunku obrotów mikrosilnika, spłukiwanie miski spluwaczki, napełnianie kubka pacjenta, włączanie lampy oświetleniowej, przełączanie poziomu natężenia oświetlenia lampy. | TAK |  |  |
|  | wielofunkcyjny pneumatyczny sterownik nożny | TAK |  |  |
|  | przełącznik do pracy z wodą lub bez | TAK |  |  |
|  | przycisk przedmuchu w końcówkach tzw. chip-blower, | TAK |  |  |
|  | okrągła, metalowa pokrywa przycisku napędowego końcówek o średnicy min. 12 cm | TAK |  |  |
|  | możliwość przemieszczania sterownika przy pomocy nogi | TAK |  |  |
|  | panel asysty z możliwością umieszczania po lewej i po prawej stronie pacjenta, wyposażony w dmuchawkę 3-funkcyjną, dwa rękawy ssaka (jeden o dużej i jeden o małej średnicy – wg ogólnie obowiązującego standardu) o regulowanej metalowymi zaworami walcowymi sile odsysania | TAK |  |  |
|  | możliwość dogodnego ustawienia położenia panela asysty za pomocą co najmniej 3 przegubów będących integralną częścią panela | TAK |  |  |
|  | możliwość ustawienia panela asysty w zakresie wysokości min. 20 cm (mierzonej względem fotela jako różnica pomiędzy położeniem najniższym i najwyższym panela) | TAK |  |  |
|  | możliwość regulacji wysokości panela asysty mierzonej od podłoża (mierzona w tym samym punkcie panela) w zakresie co najmniej 60 cm | TAK, podać |  |  |
|  | układ ssania wyposażony w jedno wymienne sito (separator) wspólne dla wszystkich rękawów | TAK |  |  |
|  | zamknięcie sita bez gwintu zaopatrzone w uszczelkę (mocowanie na wcisk) | TAK |  |  |
|  | elektroniczny panel sterowania z łatwo zmywalną klawiaturą membranową realizujący za pomocą przycisków następujące funkcje: sterowanie ruchami fotela (w tym co najmniej 3 pozycje możliwe do zaprogramowania i wywoływania za pomocą przycisku przypisanego do danej pozycji), spłukiwanie miski spluwaczki, napełnianie kubka pacjenta, włączanie lampy oświetleniowej, przełączanie poziomu natężenia oświetlenia lampy | TAK |  |  |
|  | fotel pacjenta z hydraulicznym napędem fotela  | TAK |  |  |
|  | nożne sterowanie ruchami fotela, dzięki sterownikowi nożnemu (możliwość programowania pozycji), | TAK |  |  |
|  | zakres wysokości fotela (mierzony w tym samym punkcie siedziska): najniższe położenie siedziska max. 37 cm, a najwyższe min. 80 cm od podłoża | TAK, podać |  |  |
|  | zagłówek z dwoma przegubami z regulacją pochylenia za pomocą przycisku oraz bezstopniową zmianą położenia w osi kręgosłupa pacjenta przy zmianie położenia oparcia i siedziska, | TAK |  |  |
|  | podwójna regulacja wysokości zagłówka tzn. przesuwanie zagłówka wraz z przegubami względem oparcia fotela oraz zmiana wysokości zagłówka bez zmiany położenia przegubów względem oparcia fotela | TAK |  |  |
|  | wyłączniki awaryjne ruchu fotela chroniące przed przypadkowym zgnieceniem przedmiotów pod fotelem, miską spluwaczki, w tym co najmniej jeden wyłącznik awaryjny z funkcją odjazdu min. 2 cm do góry po najechaniu na przeszkodę (celem uwolnienia przeszkody), | TAK |  |  |
|  | możliwość obrotu fotela w poziomie w zakresie min. +/- 30 stopni od osi symetrii poprowadzonej wzdłuż fotela | TAK, podać |  |  |
|  | cienka tapicerka oparcia fotela – max. 4 mm, oparcie powinno być elastyczne w części podtrzymującej ręce pacjenta i w najgrubszym miejscu nie powinno przekraczać 10 cm, | TAK |  |  |
|  | prawy i lewy podłokietnik obrotowe w płaszczyźnie prostopadłej do podłogi (obrót realizowany w kierunku stóp pacjenta) celem umożliwienia bliskiego podejścia do pacjenta oraz dogodnego wejścia i zejścia pacjenta z fotela, | TAK |  |  |
|  | funkcja odwrócenia zagłówka dla pacjentów na wózkach inwalidzkich | TAK |  |  |
|  | synchronizacja ruchu oparcia i siedziska przy zmianie położenia oparcia | TAK |  |  |
|  | metalowa podstawa fotela ze strefą o wysokości min. 5 cm chroniącą przed uszkodzeniem ( np. butami pacjenta lub lekarza) elementy fotela wykonane z tworzywa | TAK |  |  |
|  | udźwig pacjenta o wadze co najmniej 220 kg | TAK, podać |  | **udźwig pacjenta o wadze 220 kg – 1 pkt.****udźwig pacjenta o wadze powyżej 220 kg – 2 pkt.** |
|  | przyłącza mediów zlokalizowane w niezależnej skrzynce przyłączeniowej | TAK |  |  |
|  | blok spluwaczki z możliwością umieszczania całego bloku po lewej lub po prawej stronie pacjenta, | TAK |  |  |
|  | porcelanowa spluwaczka odchylana w poziomie w zakresie min +/- 45 stopni od osi symetrii poprowadzonej wzdłuż spluwaczki, | TAK |  |  |
|  | napełnianie kubka pacjenta i spłukiwanie miski spluwaczki uruchamiane za pomocą elektronicznych paneli sterowania stolika lekarza i panela asysty oraz przyciskami przy spluwaczce, | TAK |  |  |
|  | programowanie czasu, spłukiwania miski i napełniania kubka pacjenta | TAK |  |  |
|  | lampa LED mocowana do fotela,  | TAK |  |  |
|  | głowica ustawiana w trzech płaszczyznach, | TAK |  |  |
|  | głowica posiadająca co najmniej 8 diod LED | TAK, podać |  | **8 diod - 1 pkt.****Powyżej 8 diod – 2 pkt** |
|  | głowica zabezpieczona zdejmowaną przezroczystą osłoną, | TAK |  |  |
|  | regulacja natężenia oświetlenia, co najmniej 3 poziomy, w tym jedno co najmniej 28 000 lux, | TAK |  |  |
|  | możliwość pracy w trybie niepolimeryzującym przy natężeniu oświetlenia co najmniej 22 000 lux | TAK |  |  |
|  | możliwość uruchamiania lampy co najmniej dotykowo | TAK, podać |  | **Dotykowo - 1 pkt.****Dotykowo i bezdotykowo – 2 pkt.** |
|  | bezszwowa tapicerka unitu – do wyboru co najmniej 10 kolorów | TAK |  |  |
|  | unit posiadający system odprowadzania nadmiaru olejów konserwujących z rękawów i końcówek do oddzielnego zbiornika oraz system przepłukiwania rękawów po każdym pacjencie, | TAK |  |  |
|  | unit wyposażony w system zamkniętego obiegu wody destylowanej na końcówki zasilany ze zbiornika o pojemności min 1 litr, mocowanie zbiornika typu bagnetowego (nie gwintowego). | TAK |  |  |
|  | unit podłączony do centralnej instalacji ssącej „mokrej” i instalacji sprężonego powietrza Zamawiającego | TAK |  |  |
|  | fotelik lekarza:1. z podparciem pleców,
2. z regulacją: wysokości siedziska (w zakresie min. 46 – 66 cm),
3. z miękką i elastyczną, bezszwową tapicerką w kolorze tapicerki fotela pacjenta),
4. amortyzowane podwozie krzesełka na pięcioramiennym krzyżaku,
5. miękka okładzina kółek zapobiegająca rysowaniu powierzchni podłogi
 | TAK |  |  |
|  | asystor stomatologiczny:1. Wyposażony w minimum 5 szuflad
2. Szuflady z funkcją cichego domykania
3. Odporny na działanie preparatów dezynfekcyjnych
4. Asystor o wymiarach (+/- 5%):

- szerokość: 45 cm,- głębokość: 42,5 cm,- wysokość: 83,5 cm. | TAK |  |  |

**Wypełniając tabelę należy :**

* **w przypadku parametrów wymaganych wpisać właściwe słowo TAK lub NIE w zależności od tego, czy proponowany sprzęt spełnia wskazany parametr oraz tam gdzie jest to wymagane PODAĆ jego charakterystykę.** Brak wypełnienia choćby jednego wiersza w kolumnie „**Parametr oferowany / podać”** w tabeli parametrów (jak również brak wpisania informacji we właściwych opisowi parametru jednostkach lub rodzajowi danych) - spowoduje odrzucenie oferty
* **w przypadku parametrów podlegających ocenie jakościowej** przy ich wypełnianiu należy dokonać charakterystyki/opisu adekwatnego do sposobu oceny poszczególnych parametrów (w wartościach lub cechach odnoszących się do podanej metody przyznawania punktów w kryterium jakości). Brak opisu dla danej cechy spowoduje brak oceny punktowej dla parametru.

**Wymagane warunki gwarancji i serwisu gwarancyjnego:**

1. Gwarancja na unit stomatologiczny **minimum 24 miesięcy** licząc od daty podpisania protokołu odbioru *(Jest to kryterium oceny ofert i będzie podlegać ocenie zgodnie z zasadami opisanymi w rozdziale XIX SWZ)*
2. Gwarancja na wyposażenie - 24 miesiące licząc od daty podpisania protokołu odbioru.
3. Czas reakcji serwisu gwarancyjnego na zgłoszenie usterki urządzenia– **max. 2 dni robocze**(dotyczy dni roboczych rozumianych jako dni od poniedziałku do piątku, z wyjątkiem świąt i dni ustawowo wolnych od pracy, w godzinach od 8.00 do 15.00)
4. Ilość napraw tego samego elementu w okresie gwarancji uprawniających do wymiany urządzenia lub elementu na nowe – ***maksymalnie 3***
5. Czas wykonania skutecznej naprawy urządzenia (rozumianą jako realizację czynności polegających na przywróceniu pierwotnej funkcjonalności przedmiotu umowy) bez użycia części zamiennych (licząc od momentu zgłoszenia awarii) w dniach roboczych - **czas nie dłuższy niż 5 dni roboczych**
6. Czas wykonania skutecznej naprawy urządzenia (rozumianą jako realizację czynności polegających na przywróceniu pierwotnej funkcjonalności przedmiotu umowy) z użyciem części zamiennych (licząc od momentu zgłoszenia awarii) w dniach roboczych - **czas nie dłuższy niż 10 dni roboczych**