**Załącznik nr 1a – Opis przedmiotu zamówienia** ZP/29/ZCO/2024

***Dostawa*** ***sprzętu medycznego***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA****Pakiet 1 – lampa operacyjna 2 czaszowa - 1 kpl.** |  |  |
| **producent ………………...……………………………………….** |  |  |
| **model/ typ…………………...……………………………...……** |  |  |
| **rok prod. ………………………………………...………………….** |  |  |
| **Pochodzenie (kraj produkcji) ………………………………** |  |  |
| **klasa wyrobu medycznego………………………………….**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr wymagany** | **Warunek graniczny** | **Parametr oferowany** - podać nr strony oraz zaznaczyć lp niniejszej tabeli w załączonym materiale informacyjnym w celu potwierdzenia spełnienia parametru. W przypadku innego nazewnictwa udokumentować tożsamość  |
|  | Dwuczaszowa diodowa lampa operacyjna o wysokiej bezcieniowości, dedykowana do sali operacyjnej, przeznaczona do oświetlenia pola operacyjnego: płytkiego, głębokiego, rozległego. | TAK, podać |  |
|  | Każda czasza zawieszona na obrotowym wysięgniku dwuramiennym. Każdy wysięgnik wyposażony w co najmniej jedno ramię uchylne, umożliwiające regulację wysokości. Każda czasza wyposażona w podwójny przegub umożliwiający manewrowanie w trzech prostopadłych osiach (tzw. zawieszenie kardanowe). | TAK, podać |  |
|  | Obie czasze z elementami oświetleniowymi emitujące światło białe, w których diody są białe o różnych temperaturach barwowych (w tonach - białe „zimne” i białe „ciepłe”) | TAK, podać |  |
|  | Natężenie światła Ec max. z odległości 1 m: - dla czaszy głównej: min. 155 000 lux - dla czaszy satelitarnej: min. 155 000 lux | TAK, podać |  |
|  | Bardzo wysoki współczynnik odwzorowania barwy światła słonecznego Ra: ≥ 99 | TAK, podać |  |
|  | Bardzo wysoki współczynnik odwzorowania barwy czerwonej R9: ≥ 99 | TAK, podać |  |
|  | Głębokość oświetlenia (L1+L2) dla Ec: 20%: min. 1000 [mm] | TAK, podać |  |
|  | Ilość źródeł świetlnych dla każdej z czasz max. 9 [szt.] | TAK, podać |  |
|  | Ilość diod w każdej z czasz max. 140 [szt.] | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wymiany modułów za pomocą dedykowanego narzędzia, bez ingerencji w otwieranie obudowy czaszy. | TAK, podać |  |
|  | Regulacja temperatury barwowej światła min. w 3 (max. 5) krokach w minimalnym zakresie 3800 – 4800 [K] | TAK, podać |  |
|  | Elektroniczna regulacja średnicy pola bezcieniowego każdej z czasz zawierająca się w przedziale ≥ 180 [mm] do ≤ 270 [mm] UWAGA: Nie dopuszcza się regulacji mechanicznej. | TAK, podać |  |
|  | Elektroniczna regulacja średnicy pola bezcieniowego za pomocą centralnego uchwytu sterującego i przyciskami panelu sterowania na każdej z czasz. | TAK, podać |  |
|  | Panel sterowania umieszczony na czaszy jednakowy dla czaszy głównej i satelitarnej. | TAK, podać |  |
|  | Regulacja natężenia oświetlenia z panelu sterowniczego umieszczonego na każdej z czasz w zakresie min. 30 – 100%, w tym białe oświetlenie endoskopowe 5% | TAK, podać |  |
|  | Pozycjonowanie każdej z czasz wielorazowym sterylizowanym uchwytem (umieszczonym w punkcie centralnym lampy) i dodatkowo min. trzema „brudnymi” uchwytami umieszczonymi wokół czaszy.UWAGA: Jako uchwyt „brudny” rozumie się wydzielone miejsce na czaszy lampy. Nie dopuszcza się uchwytu brudnego jako krawędź czaszy lampy.  | TAK, podać |  |
|  | Zasilanie: 230V (+/-) 10%, 50 [Hz] | TAK, podać |  |
|  | Całkowity pobór mocy przy maksymalnym natężeniu światła w obu czaszach max. 280 [W]  | TAK, podać |  |
|  | Każda z czasz zasilana napięciem z zasilacza stabilizowanego, w przedziale 24 – 36 VDC | TAK, podać |  |
|  | Stopień ochrony: czasze min. IP 42, system ramion min. IP 30 | TAK, podać |  |
|  | Żywotność źródeł światła ≥ 60 000 [godz.]  | TAK, podać |  |
|  | Powierzchnia czasz gładka, bez widocznych śrub lub nitów mocujących, wykonana z materiałów odpornych na działanie środków dezynfekujących.UWAGA: Nie dopuszcza się czasz z widocznymi śrubami oraz szczelinami. | TAK, podać |  |
|  | Czasze o konstrukcji „bez szybowej”, wyposażone w moduły światła ze zintegrowaną uszczelką zapobiegającą dostawaniu się do środka wilgoci oraz płynów podczas używania środków czyszczących. | TAK, podać |  |
|  | Czasze o konstrukcji zwartej, jednoczęściowej tj. bez fizycznych przerw i odstępów pomiędzy częściami czaszy. Kształt i wymiary czasz identyczny. Czasze bez jakichkolwiek relingów jako elementów znacznie utrudniających codzienne czyszczenie i dezynfekcje. | TAK, podać |  |
|  | Obudowa czasz przystosowana do współpracy z obiegiem laminarnym. | TAK, podać |  |
|  | Dodatkowe wielorazowe uchwyty sterylizowane – 5 [szt.] na każdą z czasz | TAK, podać |  |
|  | Mocowanie wielorazowego uchwytu sterylizowanego na zatrzask „klikowy” realizowany za pomocą jednej ręki. | TAK, podać |  |
|  | Lampa z możliwością zainstalowania dotykowego zewnętrznego sterownika lampy, zainstalowany na ścianie lub kolumnie chirurgicznej, zapewniający zsynchronizowane sterowanie parametrami tj. włączanie / wyłączanie lampy; temperatura barwowa; średnica pola; natężenie światła; funkcja białego światła endoskopowego. (Zamawiający nie wymaga sterownika na aktualnym etapie zakupu) | TAK, podać |  |
|  | Lampa główna i satelitarna z możliwością instalacji bezprzewodowej kamery HD, która może być zamocowana w centrum czaszy lampy, z możliwością regulacji położenia lampy za pomocą uchwytu sterylizowanego. (Zamawiający nie wymaga kamery na aktualnym etapie zakupu) | TAK, podać |  |
|  | Możliwość rozbudowania lampy o strumieniowanie obrazu HD po sieci lokalnej szpitala. | TAK |  |
|  | Materiały techniczne od producenta, potwierdzające parametry wpisane w tabeli, dołączone do oferty. | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej i pdf dostarczona wraz z urządzeniem. Wydruk w kolorze potwierdzający oferowany produkt. Do instrukcji wymaga się dołączenia deklaracji Zgodności i Certyfikatu CE | TAK |  |
|  | Karta gwarancyjna oraz paszport techniczny dostarczone wraz z urządzeniem. | TAK |  |
|  | Demontaż obecnie eksploatowanej lampy 2 czaszowej, montaż, uruchomienie i szkolenie z obsługi w cenie urządzenia. | TAK |  |
|  | Wyrób oznaczony znakiem CE potwierdzony deklaracją Zgodności lub Certyfikatem CE | TAK |  |
|  | Oferowana lampa dostosowana konstrukcyjnie do sali operacyjnej o wysokości: 3030 mm  | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące, max. 36 miesięcy w tym bezpłatne przeglądy zgodnie z wymogami producenta. W ostatnim miesiącu gwarancji wymaga się wykonania ostatniego przeglądu gwarancyjnego. | TAK, podać |  |

 |  |  |

**Parametry:**

Parametr wymagany „TAK” – w przypadku potwierdzenia parametrów wymaganych Wykonawca wpisuje do kolumny „parametr oferowany” „TAK”

Parametr wymagany „TAK PODAĆ” – w przypadku wskazania parametru wymaganego Wykonawca wpisuje do kolumny „parametr oferowany” pełny opis parametrów wymaganych przez Zamawiającego z wskazaniem **konkretnych wartości**

Pozostawienie pustego pola będzie oznaczało, że Wykonawca nie podał wymaganych danych, a oferta będzie podlegała odrzuceniu.

**UWAGA: Dokument podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Załącznik nr 1a – Opis przedmiotu zamówienia** ZP/29/ZCO/2024 ***Dostawa sprzętu medycznego*****Pakiet 2 – pompa ssąco-płucząca – 1 szt.** |  |  |
| **producent ………………...……………………………………….** |  |  |
| **model/ typ…………………...……………………………...……** |  |  |
| **rok prod. ………………………………………...………………….** |  |  |
| **Pochodzenie (kraj produkcji) ………………………………** |  |  |
| **klasa wyrobu medycznego ………………………………….** |  |  |
| **Lp** | **Parametr wymagany** | **Warunek graniczny** | **Parametr oferowany** - podać nr strony oraz zaznaczyć lp niniejszej tabeli w załączonym materiale informacyjnym w celu potwierdzenia spełnienia parametru. W przypadku innego nazewnictwa udokumentować tożsamość  |
|  | Pompa do przepłukiwań oraz odsysania przeznaczona do zabiegów laparoskopowych i histeroskopowych | Tak |   |
|  | Obsługa i regulacja parametrów pracy pompy poprzez kolorowy ekran dotykowy  | Tak |   |
|  | Funkcja płukania realizowana w oparciu o technologię rolkową / perystaltyczną | Tak |   |
|  | Funkcja odsysania realizowana na zasadzie pompy próżniowej (podciśnieniowej) we współpracy z jednorazowymi wkładami workowymi | Tak |   |
|  | Maksymalna prędkość płukania min. 1200 ml/min., z możliwością regulacji i ustawiania niższych wartości  | Tak, podać |   |
|  | Maksymalne ciśnienie płukania min. 500 mmHg z możliwością ustawienia niższych wartości | Tak, podać |   |
|  | Maksymalne podciśnienie odsysania min. (- 0,8) bar | Tak, podać |   |
|  | Pompa wyposażona we wskaźnik aktualnej i ustawionej prędkości płukania | Tak |   |
|  | Pompa wyposażona we wskaźnik aktualnego i ustawionego podciśnienia odsysania | Tak |   |
|  | Pompa wyposażona w animowaną instrukcję zakładania drenów płuczących wyświetlaną na ekranie monitora dotykowego | Tak – 10 pkt.Nie – 0 pkt. |   |
|  | Wybór zastosowania pompy z menu z listą dziedzin i procedur wyświetlanej na monitorze dotykowym | Tak |   |
|  | Funkcja automatycznego rozpoznawania drenuwraz z automatyczną aktywacją procedur wykorzystujących dany dren | Tak |   |
|  | Dreny płuczące z częścią zakładaną na rolki typu kaseta / cartridge oraz funkcją kontroli ciśnienia do histeroskopii | Tak |   |
|  | W zestawie dren ssący, sterylizowalny - 1 szt | Tak |   |
|  | Jednorazowy kompletny dren płuczący z funkcją kontroli przepływu do laparoskopii z dwoma igłami do wkłucia do worka, sterylny - 10 szt. | Tak |  |
|  | Materiały techniczne producenta, potwierdzające parametry wpisane w tabeli, dołączone do oferty. | Tak |   |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej i pdf dostarczona wraz z urządzeniem. Wydruk w kolorze potwierdzający oferowany produkt. Do instrukcji wymaga się dołączenia deklaracji Zgodności i Certyfikatu CE | Tak |   |
|  | Karta gwarancyjna oraz paszport techniczny dostarczone wraz z urządzeniem. | Tak |   |
|  | Montaż, uruchomienie i szkolenie obsługi w cenie urządzenia. | Tak |   |
|  | Wyrób oznaczony znakiem CE potwierdzony deklaracją Zgodności lub Certyfikatem CE | Tak |   |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące, max. 36 miesięcy w tym bezpłatne przeglądy zgodnie z wymogami producenta. W ostatnim miesiącu gwarancji wymaga się wykonania ostatniego przeglądu gwarancyjnego. | Tak, podać |   |

**Poz. 10 - Max 10 pkt**

**Parametry:**

Parametr wymagany „TAK” – w przypadku potwierdzenia parametrów wymaganych Wykonawca wpisuje do kolumny „parametr oferowany” „TAK”

Parametr wymagany „TAK PODAĆ” – w przypadku wskazania parametru wymaganego Wykonawca wpisuje do kolumny „parametr oferowany” pełny opis parametrów wymaganych przez Zamawiającego z wskazaniem **konkretnych wartości**

Pozostawienie pustego pola będzie oznaczało, że Wykonawca nie podał wymaganych danych, a oferta będzie podlegała odrzuceniu.

**UWAGA: Dokument podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym**

|  |
| --- |
| **Załącznik nr 1a – Opis przedmiotu zamówienia** ZP/29/ZCO/2024 ***Dostawa sprzętu medycznego*****Pakiet 3 – napęd ortopedyczny dużej mocy z wyposażeniem -1 kpl** |
| **producent ………………...……………………………………….** |
| **model/ typ…………………...……...........................……** |
| **rok prod. …………………………………………………..……….** |
| **Pochodzenie (kraj produkcji) …………………………….** |
| **klasa wyrobu medycznego…………………………….…….** |
| **Lp** | **Parametr wymagany** | **Warunek graniczny** | **Parametr oferowany** - podać nr strony oraz zaznaczyć lp. z niniejszej tabeli w załączonym materiale informacyjnym w celu potwierdzenia spełnienia parametru. W przypadku innego nazewnictwa udokumentować tożsamość |
|  | Lekka, modularna rękojeść wykonana z materiału PEEK | Tak |   |
|  | Waga max. 950 g | Tak |  |
|  | Zatrzaskowy montaż akumulatorów, nasadek i ostrzy bez użycia dodatkowych narzędzi | Tak |   |
|  | Napęd wraz z silnikiem nie wymagający konserwacji i smarowania | Tak |   |
|  | Akumulatory dołączane od dołu rękojeści napędu | Tak, podać |   |
|  | Napęd kaniulowany 4mm +/- 0,5 mm | Tak, podać |   |
| **7.** | Prędkość maksymalna:- 13000 osc./min.- 950/250/200 obr./min. (uzależniona od zastosowanej nasadki) | Tak, podać |   |
| **8.** | Metody sterylizacji – autoklaw 134 stopnie (minimalny czas sterylizacji 3 minuty, czas suszenia 15 min.) | Tak, podać |   |
| **9.** | Możliwość rozbudowy napędu z nasadkami typu: piła oscylacyjna, piła oscylacyjna MIS, piła posuwisto-zwrotna, mikropiła do małych procedur ortopedycznych, sternotom | Tak |   |
| **10.** | Brak możliwości otwarcia obudowy akumulatora po podłączeniu do napędu – mechanizm zapobiegający wypadnięciu akumulatora podczas pracy napędu | Tak |   |
| **11.** | Współpraca napędu z nasadkami typu: AO, AO/Trinkle, Trinkle, Harris, Zimmer/Hudson | Tak |   |
| **12.** | **WYPOSAŻENIE:** |  |   |
| **13.** | **NASADKA WIERTARKI** **JACOBS – 1 szt.** o parametrach: zakres: 0-7,4 mm z kluczykiem, kaniulacja 4,1 mm, obroty 0-950 obr./min.  | Tak |   |
| **14.** | **NASADKA DO DRUTÓW KIRSCHNERA** **– 1 szt**. o parametrach: obroty 0-950 obr./min., 0,8-4,0 mm  | Tak |   |
| **15.** | **NASADKA TYPU MIKROPIŁA** **OSCYLACYJNA – 1 szt.** o parametrach: oscylacje 0-13000 osc./min., wychylenie kątowe ostrza 5 stopni | Tak |   |
| **16.** | **NASADKA PIŁY SAGITALNEJ – MINIMALNE CIĘCIA INWAZYJNE – 1 szt.** na wyposażeniu ostrza o grubości uniemożliwiającej uginanie się ostrza podczas pracy - 20 szt. | Tak |   |
| **17.** | **ŁADOWARKA DO AKUMULATORÓW LI-ION NA CZTERY STANOWISKA - 1 szt.**- z możliwością szybkiego ładowania akumulatora- rozpoznawaniem stopnia naładowania i wyświetlaniem stopnia naładowania na ładowarce- możliwość testowania pozostałej pojemności baterii - wyświetlanie informacji o baterii uszkodzonej- możliwość ładowania różnych rodzajów akumulatorów do napędów dużej, średniej i małej mocy za pomocą wymiennych adapterów- sterownie poprzez dotykowy ekran z licznikiem cykli ładowań dla każdego akumulatora - na obudowie włącznik ładowarki oraz gniazdo wejściowe zasilania z możliwością podłączenia szeregowo drugiej ładowarki z jednego źródła prądu- moc min. 250 W- na wyposażeniu uniwersalna przejściówka do ładowarki do dedykowanych akumulatorów serii AR-300/600 – 2 szt. | Tak |  |
| **18.** | Materiały techniczne producenta, potwierdzające parametry wpisane w tabeli, dołączone do oferty. | Tak |   |
| **19.** | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej i pdf dostarczona wraz z urządzeniem. Wydruk w kolorze potwierdzający oferowany produkt. Do instrukcji wymaga się dołączenia deklaracji Zgodności i Certyfikatu CE | Tak |   |
| **20.** | Karta gwarancyjna oraz paszport techniczny dostarczone wraz z urządzeniem. | Tak |   |
| **21.** | Montaż, uruchomienie i szkolenie obsługi w cenie urządzenia. | Tak |   |
| **22.** | Wyrób oznaczony znakiem CE potwierdzony deklaracją Zgodności lub Certyfikatem CE | Tak |   |
| **23.** | Gwarancja min. 24 miesiące, max. 36 miesięcy w tym bezpłatne przeglądy zgodnie z wymogami producenta. W ostatnim miesiącu gwarancji wymaga się wykonania ostatniego przeglądu gwarancyjnego. | Tak, podać |   |

**Parametry:**

Parametr wymagany „TAK” – w przypadku potwierdzenia parametrów wymaganych Wykonawca wpisuje do kolumny „parametr oferowany” „TAK”

Parametr wymagany „TAK PODAĆ” – w przypadku wskazania parametru wymaganego Wykonawca wpisuje do kolumny „parametr oferowany” pełny opis parametrów wymaganych przez Zamawiającego z wskazaniem **konkretnych wartości**

Pozostawienie pustego pola będzie oznaczało, że Wykonawca nie podał wymaganych danych, a oferta będzie podlegała odrzuceniu.

**UWAGA: Dokument podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym**