**Załącznik nr 3**

………………………………

(pieczęć Wykonawcy)

**FORMULARZ - OPIS PRZEDMIOTU OFERTY**

Zamówienie pn. **Specjalistyczna aparatura medyczna, dla zadania p.n.: Zakup sprzętu do diagnostyki i leczenia raka płuca” dla pneumonologii na lata 2023-2024 w ramach programu wieloletniego pn. „Narodowa Strategia Onkologiczna”**

**W kolumnie „Oferowane parametry” należy potwierdzić wszystkie wymagane parametry.**

W zakresie zapewnienia spełniania przez dostawy wymagań określonych przez Zamawiającego w załączniku nr 1 – OPZ, **należy załączyć karty katalogowe producenta potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Oferenta, potwierdzające spełnianie minimalnych wymagań określonych w załączniku nr 1 – OPZ.**

1. **Wideobronchoskop Ultrasonograficzny – 2 szt**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Wartość wymagana** | **Oferowane parametry**  |
| 1. **Bronchoskop ultrasonograficzny – 2szt**
 |
|  |  |  | **Nazwa producenta:** **Nazwa i numer modelu:****Dołączona karta katalogowa: TAK/NIE[[1]](#footnote-1)**  |
| 1 | Informacje podstawowe | Produkt fabrycznie nowy - nie dopuszcza się produktów demonstracyjnych, powystawowych. Rok produkcji min. 2023r. |  |
| 2 | Zakres skanowania USG  | Min. 60 o |  |
| 3 | Kanał roboczy  | Min. 2,2 mm  |  |
| 4 | Długość robocza sondy wziernikowej  | 600 mm |  |
| 5 | minimalne wychylenie końcówki sondy wziernikowej  | góra 160°, dół 70° |  |
| 6 | Średnica zewnętrzna sondy wziernikowej  | Poniżej 6,4 mm |  |
| 7 | Głębia ostrości  | Min. 2 Max 50 mm |  |
| 8 | Obsługa  | Min. 4 dowolnie programowalne przyciski rękojeści endoskopu |  |
| 9 | Kompatybilność  | * Współpraca z posiadanym demontowalnym przewodem do podłączenia EBUS/EUS z aparatem USG,
* Współpraca z centralą USG typ EU-ME,
* Współpraca z torem wizyjnym Evis Exera III
* Współpraca z posiadaną myjnią ETD-4 z identyfikacją nr i typu endoskopu.
 |  |
| 10 | Gwarancja  | Min 24 miesiące  |  |

1. **Wideobronchoskop – 2 szt**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Wartość wymagana** |  |
| 1. **Wideobronchoskop - 2 szt.**
 |
|  |  |  | **Nazwa producenta:** **Nazwa i numer modelu:****Dołączona karta katalogowa: TAK/NIE[[2]](#footnote-2)**  |
| 1 | Informacje podstawowe | Produkt fabrycznie nowy - nie dopuszcza się produktów demonstracyjnych, powystawowych)Rok produkcji min. 2023r. |  |
| 2 | Obrazowanie | Obrazowanie w systemie HDTV |  |
| 3 | Kąt obserwacji | Min. 120 [°] |  |
| 4 | kierunek widzenia  | 0 [°] |  |
| 5 | głębia ostrego widzenia  | Min. 3 ÷ 100 [mm] |  |
| 6 | średnica zewnętrzna sondy  | Max. 6,1 [mm] |  |
| 7 | średnica kanału roboczego | Powyżej 2,9 [mm] |  |
| 8 | kąty zagięcia końcówki endoskopu w górę/dół | Min. 180/130 [°] |  |
| 9 | dostępna funkcja obrotu sondy prawo/lewo  | 120 [°]/ 120 [°] |  |
| 10 | długość robocza,  | Min. 600 [mm] |  |
| 11 | Głowica  | Min. 4 programowalne przyciski sterujące na głowicy endoskopu. |  |
| 12 | Złącze  | Jednostopniowe wodoszczelne złącze bez konieczności zakładania zabezpieczenia przed zalaniem – potwierdzone w dokumentach producenta/instrukcji obsługi. |  |
| 13 | Kompatybilność  | * Współpraca z torem wizyjnym EvisExera III
* Współpraca z myjnią ETD z identyfikacją nr i typu endoskopu
 |  |
| 14 | Gwarancja  | Min. 36 m-cy  |  |

......................, data ………… 2023r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pieczątka i podpis Wykonawcy lub

osoby/osób uprawnionych do reprezentowania

Wykonawcy\*

(\*UWAGA: podpis nieczytelny jest dopuszczalny wyłącznie z pieczątką imienną osoby składającej podpis)

1. Należy skreślić zgodnie z dołączonymi dokumentami [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy skreślić zgodnie z dołączonymi dokumentami [↑](#footnote-ref-2)