*Załącznik Nr 1 do SIWZ*

Oznaczenie sprawy: PN – 10/19

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

Oznaczenie Wykonawcy

**Opis przedmiotu zamówienia**

**Cz. nr 24 - Histeroskop Diagnostyczny 4mm – 3 kpl.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***L. p.*** | ***Wymagania dla przedmiotu zamówienia*** | ***Parametry wymagane*** | ***Parametry oferowane (potwierdzić spełnianie parametru / opisać) \****  ***należy wypełnić wszystkie rubryki poprzez zaznaczenie odpowiednio TAK/NIE bądź wpisanie wartości parametru oferowanego – zgodnie z wymaganiem zamawiającego*** |
|  | Producent | podać | ……………………….. |
|  | Model | podać | ……………………….. |
|  | Kraj pochodzenia | podać | ……………………….. |
|  | Rok produkcji | urządzenie nowe, nieużywane,  wyprodukowane w 2019r. | TAK/NIE  Rok produkcji ………………… |
| 1. **Histeroskop – 3 kpl.** | | | |
|  | Optyka endoskopowa dedykowana do systemów Full HD, kodowanie kolorystyczne informujące o kącie patrzenia optyki, zbudowana w systemie soczewek wałeczkowych, posiadająca oznaczenie średnicy kompatybilnego światłowodu w postaci graficznej lub cyfrowej umieszczone obok przyłącza światłowodu, kompatybilna z wewnętrznym płaszczem histeroskopu przepływowego, autoklawowalna, śr. w zakr. 2,8-3,0 mm, kąt patrzenia 30 stopni, dł. w zakr. 297-305 mm – 3 szt. | TAK | TAK/NIE |
|  | Kosz druciany do mycia, sterylizacji i transportu optyki endoskopowej, silikonowe uchwyty na endoskop, obrotowy mechanizm zapinający, wymiary zewnętrzne min. 430x65x52 mm, max. 440 x 70 x60 mm. lub kosz druciany do mycia, sterylizacji i transportu optyki endoskopowej wyposażony w silikonowe uchwyty na endoskop, obrotowy mechanizm zapinający, wymiary 460 x 80 x55 mm. Kosz dopasowany do zaproponowanych optyk – 4 szt. | TAK | TAK/NIE |
|  | Płaszcz histeroskopowy wewnętrzny, o owalnym profilu przekroju, o rozmiarze nie większym niż 4,3 mm, wyposażony w śluzę dla optyki histeroskopowej z mocowaniem obrotowym, kanał roboczy do wprowadzania półsztywnych narzędzi o rozmiarze 5 Charr. i irygacji, wejście kanału roboczego wyposażone w uszczelkę z otworem o średnicy 0,8 mm i rozbieralny, metalowy kranik, przyłącze Luer-Lock z rozbieralnym, metalowym kranikiem do podłączenia irygacji. Kompatybilny z płaszczem zewnętrznym i optyką histeroskopową opisaną w pkt. 2.  - 3 szt. | TAK | TAK/NIE |
|  | Płaszcz histeroskopowy zewnętrzny, o owalnym profilu przekroju, o rozmiarze nie większym niż 5 mm, wyposażony w oddzielne przyłącze Luer-Lock z rozbieralnym, metalowym kranikiem do podłączenia aspiracji, koniec dystalny płaszcza wyposażony w boczne otwory umożliwiające aspirację. Kompatybilny z płaszczem wewnętrznym opisanym w pkt. 4.  -3 szt. | TAK | TAK/NIE |
|  | Kleszczyki histeroskopowe, półsztywne, łyżeczkowe, owalne i biopsyjne, obie bransze ruchome, wyposażone w kanał płuczący do czyszczenia narzędzia poprzez złącze LUER - LOCK, śr. w zakr. 1,5-1,7 mm, dł. w zakr. 340- 360 mm – 3 szt. | TAK | TAK/NIE |
|  | Światłowód medyczny w nieprzezroczystej osłonie. Kompatybilny z oferowanymi optykami, posiadający graficzne oznaczenie kompatybilnego endoskpu, śr. w zakresie 3,3-3,7 mm, dł. min. 3 m – 3 szt. | TAK | TAK/NIE |
|  | Nożyczki histeroskopowe, półsztywne, ostro zakończone, jedna bransza ruchoma, tubus półsztywny, wyposażony w przyłącze LUER umożliwiające przepłukanie wnętrza tubusu podczas czyszczenia śr. w zakr. 1,5-1,7 mm, dł. w zakr. 340- 360 mm – 3 szt. | TAK | TAK/NIE |
|  | Kleszczyki histeroskopowe, półsztywne, chwytne i biopsyjne, bransze typu ALIGATOR, obie ruchome, wyposażone w kanał płuczący do czyszczenia narzędzia poprzez złącze LUER - LOCK śr. w zakr. 1,5-1,7 mm, dł. w zakr. 340- 360 mm – 3 szt. | TAK | TAK/NIE |
| **3. Akcesoria do 3 zestawów** | | | |
|  | Pojemnik plastikowy do sterylizacji i przechowywania zestawu, pokrywa przeźroczysta, perforowana, dno pojemnika perforowane, umożliwiające umieszczenie kołków mocujących, wysłane matą silikonową typu "jeż", wymiary zewnętrzne pojemnika min. 525 x 240 x 70 mm , max. 535 x 250 x 80 mm – 3 szt. Kołki mocujące do zastosowania z oferowanym pojemnikiem (opisanym w pkt. 10) – 36 szt. Paski silikonowe do przymocowania instrumentów (opisanym w pkt. 10) – 36 szt. lub pojemnik druciany do sterylizacji i przechowywania zestawu, składający się z perforowanego dna pojemnika wraz z perforowaną pokrywą wyposażoną w system umożliwiający bezpieczne zamknięcia pojemnika. Pojemnik wyposażony w systemy uchwytów silikonowych specjalnie wyprofilowanych i dedykowanych do oferowanego zestawu (bez konieczności uzupełniana pojemnika o dodatkowe kołki mocujące czy paski silikonowe) zapewniających pełne bezpieczeństwo przed uszkodzeniem zestawu przed, w trakcie i po procesie sterylizacji, wymiary ww. pojemnika 480x245x80mm | TAK | TAK/NIE |
| **PARAMETRY STANOWIĄCE KRYTERIUM OCENY OFERT** | | | |
| ***Opis parametru wymaganego oraz wskazane parametry oceniane*** | | ***punkty*** | ***Oferowany parametr – należy wskazać odpowiednio TAK/NIE bądź wpisać oferowaną wartość*** |
|  | dot.  **1 Histeroskop – 3 kpl.**  Światłowód medyczny (o parametrach wskazanych w pkt 7 ) posiadający oznaczenie średnicy kompatybilnego endoskopu w postaci graficznej na przyłączu | TAK – 20 pkt.  NIE – 0 pkt. |  |
|  | dot.  **1 Histeroskop – 3 kpl.**  Nożyczki (o parametrach wskazanych w pkt 8) konstrukcja anty złamaniowa, polegająca na pogrubieniu trzonu narzędzia w części proksymalnej oraz dystalnej | TAK– 20 pkt.  NIE – 0 pkt. | TAK/NIE |
|  | dot.  **1 Histeroskop – 3 kpl.**  Kleszczyki (o parametrach wskazanych w pkt 6 i 9) wyposażone w system anty złamaniowy, polegający na pogrubieniu trzonu narzędzia w części proksymalnej oraz dystalnej | TAK– 10 pkt.  NIE – 0 pkt. | TAK/NIE |
| **WARUNKI GWARANCJI I SERWISU** | | | |
|  | Okres gwarancji min. 24 miesiące\* | podać | …………………. mc |
|  | Czas reakcji serwisu gwarancyjnego tj. podjęcie naprawy serwisowej do 48 h od momentu zgłoszenia. (w dni robocze) | wskazać adres punktu serwisowego | TAK/NIE  ……………………………….. |
| **SZKOLENIA** | | | |
|  | Szkolenie w zakresie obsługi urządzenia | TAK | TAK/NIE |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019r. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(nazwisko i imię osoby upoważnionej do**

**reprezentowania Wykonawcy )**

\*okres obowiązywania gwarancji dotyczy sprzętu medycznego. Okres obowiązywania gwarancji dla urządzeń innych niż sprzęt medyczny nie może być krótszy niż okres gwarancji jaki zapewnia producent urządzenia