Znak sprawy: SZP.242…..2023 Załącznik nr 1 do SWZ

**FORMULARZ PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH**

|  |
| --- |
| **PAKIET 6 - STERNOTOM – 1 sztuka** |
| **WYPEŁNIA WYKONAWCA:**Nazwa oferowanego przedmiotu zamówienia: …………………………………………………………..….……………………………………………………………………………………………………………..……….……Producent/kraj pochodzenia……………………….…………………………………..………..……..…………typ/model/seria…………………………….…………………………………………………………..….…...……Rok produkcji 2023  |
| **Lp.** | * 1. **Opis parametrów**
 | **Parametry techniczne wymagane** |
| **Rękojeść piły do Sternotomu** |
| 1. | Zakres prędkości w trybie szybkim 0-14 500 cykli/min. | Tak |
| 2. | Możliwość umieszczenia ostrza w dwóch pozycjach (zęby ostrza umieszczone ku górze lub ku dołowi)  | Tak |
| 3. | Waga maksymalna 950g | Tak |
| 4. | Poziom hałasu 92dB | Tak |
| 5. | Napęd elektryczny nie wymagający oliwienia | Tak |
| 6. | Posiadanie następujących klas szczelności: IPX6, IPX8 oraz IPX9 | Tak |
| 7. | Osłona ostrza piły do sternotomii | Tak |
| 8. | Przedłużana osłona ostrza do piły do sternotomii | Tak |
| **Rękojeść wiertarki (1 szt.)** |
| 1. | Płynny wzrost prędkości obrotów proporcjonalnie do siły nacisku na przycisk załączający | Tak |
| 2. | Możliwość wiercenia w prawo oraz w lewo | Tak |
| 3. | Możliwość wkręcania w prawo oraz w lewo | Tak |
| 4. | Posiadanie funkcji ruchów oscylacyjnych oraz gwintowania | Tak |
| 5. | Możliwość zatrzaskowego montażu końcówek wiertarskich w napędzie | Tak |
| 6. | Brak konieczności oliwienia napędu elektrycznego. | Tak |
| 7. | Maksymalna moc: w przedziale 270 - 280 W | Tak |
| 8. | Maksymalna prędkość: w przedziale 1500- 1600 obr/min | Tak |
| 9. | Maksymalna prędkość w trybie rozwiercania: w przedziale 300- 350 obr/min | Tak |
| 10. | Maksymalna prędkość w trybie gwintowania: w przedziale 250- 300 obr/min | Tak |
| 11. | Maksymalna prędkość w trybie wiercenia oscylacyjnego: w przedziale 750- 800 obr/min | Tak |
| 12. | Maksymalny moment obrotowy: w przedziale 16- 16,5 Nm | Tak |
| 13. | Zakres oscylacji: 0-270˚ | Tak |
| 14. | Waga: max. 750g | Tak |
| 15. | Poziom hałasu: max. 80dB | Tak |
| 16. | Posiadanie następujących klas szczelności: IPX6, IPX8 oraz IPX9 | Tak  |
| **Końcówki robocze** |
| 1. | Końcówka wiertarska trójszczękowa typu Jacobs 6,35mm z kluczykiem (1 szt.) | Tak |
| 2. | Podajnik do drutów 0,71-1,6 mm (1 szt.) | Tak |
| 3. | Podajnik do drutów 1,8 -4,0 mm (1 szt.) | Tak |
| 4. | Rozwiertak typu AO/ASIF z przełożeniem 5:1 (1 szt.) | Tak |
| **Bateria litowa duża (2 szt.)** |
| 1. | Możliwość sterylizacji | Tak |
| 2. | Z fosforanem żelaza i litu | Tak |
| 3. | Pojemność: min. 2,5 Ah | Tak |
| 4. | Napięcie: 13,2 V | Tak |
| 5. | Waga: max. 550 g | Tak |
| 6. | Posiadająca 4 ogniwa | Tak |
| 7. | Możliwość ładowania baterii za pomocą dedykowanej ładowarki | Tak |
| **Kontener do sterylizacji z pokrywą (1 szt.)** |
| 1. | Posiadający filtr 3/4 | Tak |
| 2. | Posiadający tacę wewnętrzną na zestaw wiertarski z miejscem na sterylne akumulatory (1 szt.) | Tak |
| **Wymagania dodatkowe:**  |
| 1. | Okres gwarancji 24/36/60 miesięcy – jest to kryterium oceny oferty | Tak, podać |
| 2. | Gwarancja produkcji części zamiennych minimum 10 lat | Tak |
| 3. | Czas reakcji serwisu: 24 godz. od zgłoszenia awarii  | Tak |
| 4. | Czas na naprawę usterki do 2 dni roboczych od zgłoszenia awarii, a w przypadku potrzeby sprowadzenia części zamiennych do 10 dni roboczych | Tak |
| 5. | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie drukowanej lub elektronicznej (pendrive lub płyta CD) | Tak |

Wykonawca oświadcza, że zaoferowany sternotom jest fabrycznie nowy, wolny od wad fizycznych i prawnych, jest niepowystawowy, nierekondycjonowany, i jest objęty gwarancją producenta, spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 7 kwietnia 2022 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2022.974 ze zmianami), zgodne z międzynarodowymi normami bezpieczeństwa EN i posiada deklarację CE.

Wykonawca oświadcza również, że w/w urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji, a także gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

 ........................................................................................

 podpis i pieczęć osoby uprawnionej

 do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy