|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| WYMAGANE PARAMETRY | | WYMAGANA ODPOWIEDŹ | SZCZEGÓŁOWY OPIS  parametrów oferowanego przedmiotu zamówienia, w tym: typ/model/rok produkcji | PUNKTACJA |
| 1. **VIDEOLARYNGOSKOP- 1 SZT.** | | | | |
| **Videolaryngoskop** | | TAK |  |  |
| Producent: ……………………………………………Typ aparatu……………………………..……  (nazwa, kraj)  Rok produkcji: …………….. | | | | |
| 1 | Przeznaczony do laryngoskopii bezpośredniej lub pośredniej z użyciem, lub bez użycia prowadnicy do rurki intubacyjnej. | TAK |  |  |
| 2 | Bateria litowa o okresie działania ok. 250 min. oraz minutowy wskaźnik poziomu naładowania. | TAK |  |  |
| 3 | Łyżka wykonana z wytrzymałego polimeru optycznego | TAK |  |  |
| 4 | Wbudowana kamera i monitor LCD minimum 2,5” | TAK |  |  |
| 5 | Odporny na upadki z wysokości minimum dwóch metrów. | TAK |  |  |
| 6 | Rękojeść nadająca się do zanurzania w płynie dezynfekcyjnym. Ekran i rękojeść można poddawać dezynfekcji wysokiego stopnia. | TAK |  |  |
| 7 | Źródło światła: LED wysokiej intensywności. | TAK |  |  |
| 8 | Łyżki jednorazowe do videolaryngoskopu - rozmiar 1, 2, 3, 4 | TAK |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| WYMAGANE PARAMETRY | | WYMAGANA ODPOWIEDŹ | SZCZEGÓŁOWY OPIS  parametrów oferowanego przedmiotu zamówienia, w tym: typ/model/rok produkcji | PUNKTACJA |
| **II.OŚWIETLACZ NACZYNIOWY- 1 szt.** | | | | |
| **OŚWIETLACZ NACZYNIOWY** | | TAK |  |  |
| Producent: ……………………………………………Typ aparatu……………………………..……  (nazwa, kraj)  Rok produkcji: …………….. | | | | |
| 1 | Wyposażony jest w minimum  32 dwukolorowe diody LED  w 2 kolorach (przykładowo: 24 pomarańczowe, 8 czerwonych)  każdą grupę diod można włączać osobno lub obie razem | TAK |  | |
| 2 | Waga: 83 gramy  długość: 10 cm  średnica pierścienia: 31 mm  wbudowany akumulator do ponownego ładowania | TAK |  |  |
| 3 | zestaw z licznymi akcesoriami:  ładowarka  50 jednorazowych osłonek  adapter do różnych rozmiarów nakładek, oraz nakładka do pracy przy silnym świetle w pomieszczeniu  adapter pediatryczny | TAK |  |  |
| 4 | **ZASTOSOWANIE**  skleroterapia  trudne wkłucia u dorosłych i dzieci  mapowanie żylaków  zabiegi laserowe  dostęp do żył w pediatrii | TAK |  |  |
| **II** | **WARUNKI SERWISU GWARANCYJNEGO** | | | |
| 1 | Okres gwarancji min. 24 m-ce od daty podpisania przez obie strony protokołu zdawczo – odbiorczego  *(jest to jedno z kryteriów oceny ofert opisanych w rozdz. XIII SIWZ)* | TAK | Podać w miesiącach …………………………………. |  |
| 2 | Serwis gwarancyjny (nazwa i adres firmy) | TAK, podać |  |  |
| 3 | Forma zgłoszeń: telefonicznie, faxem, e-mail, pisemnie. | podać |  |  |
| Oświadczamy, że oferowany powyżej sprzęt – jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).  ……………………………………………….………………………  (podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy) | | | | |

Jeżeli w opisie przedmiotu zamówienia wskazano jakikolwiek znak towarowy, patent czy pochodzenie, należy przyjąć, że wskazane patenty, znaki towarowe, pochodzenie określają parametry techniczne, eksploatacyjne, użytkowe, co oznacza, że Zamawiający dopuszcza złożenie oferty w tej części przedmiotu zamówienia o równoważnych parametrach technicznych, eksploatacyjnych i użytkowych.

W celu umożliwienia Zamawiającemu odpowiedniej weryfikacji zaoferowanego sprzętu lub oprogramowania pod kątem minimalnych wymagań należy podać dokładną nazwę producenta, model itp. Wszystkie opisane parametry wymagane są wymaganiami minimalnymi. Zamawiający akceptuje rozwiązania o parametrach równoważnych lub lepszych, bez utraty funkcjonalności i wydajności.