Znak sprawy: SZP.242.51.2023 Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego

**FORMULARZ PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH**

|  |
| --- |
| **Sondy radialne usg (ebus radialny) – 2 sztuki**  |
| **WYPEŁNIA WYKONAWCA:**Nazwa oferowanego przedmiotu zamówienia: ……………………………………………….……………..….………………………………………………………………………………………………………………………….……Producent/kraj pochodzenia……………………….…………………………………..………..…….…..…………typ/model/seria…………………………….………………………………………………………………….…...……Rok produkcji 2023  |
| **Lp.** | * 1. **Opis parametrów**
 | **Parametry techniczne wymagane** |
| 1. | Sondy fabrycznie nowe, nie powystawowe współpracująca ze sprzętem istniejącym w pracowni. | Tak |
| 2. | Sonda radialna ultrasonograficzna tzw. mini-probe do kanału roboczego bronchoskopu min. 2,8 mm - 2 szt. | Tak |
| 3. | Parametry sondy radialnej: dł. robocza min. 2120 mm; średnica końcówki 2,6 mm +/1 mm; częstotliwość 20Mhz +/-15%  | Tak |
| **Wymagania dodatkowe:**  |
| 1. | Okres gwarancji 24/36/60 miesięcy  | 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. | Wraz z dostawą komplet materiałów dotyczących instalacji urządzenia | Tak |
| 6. | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie drukowanej lub elektronicznej (pendrive lub płyta CD) | Tak |

Wykonawca oświadcza, że zaoferowane sondy radialne usg są fabrycznie nowe, wolne od wad fizycznych i prawnych, są niepowystawowe, nierekondycjonowane, i są objęte gwarancją producenta, spełniają 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 sondy są kompletne i będą 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