Załącznik nr 1.2 do SWZ

SP ZOZ/DZ/339/2023

**SPECYFIKACJA TECHNICZNA**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu zamówienia (SOPZ)**

**Pakiet 2 Kolonoskop wideo**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **WYMAGANE FUNKCJE I PARAMETRY** | **Wymaganie / wartość / warunek graniczny** | **Parametr oferowany**  **(opisać)** |
| **I.** | **INFORMACJE OGÓLNE** | | |
|  | Producent | podać |  |
|  | Typ/model | podać |  |
|  | Klasa wyrobu medycznego | podać |  |
|  | Urządzenie nowe, nieużywane, po instalacji gotowe do użycia zgodnie z jego przeznaczeniem | TAK |  |
|  | Komunikacja w języku polskim | TAK |  |
| **II.** | **PARAMETRY TECHNICZNE** | | |
|  | Dodatkowy kanał do spłukiwania | TAK |  |
|  | Sonda – średnica sondy 12,8mm | TAK |  |
|  | Kanał roboczy – średnica kanału roboczego 3,7mm | TAK |  |
|  | Kąt zagięcia końcówki góra/dół 180° /180° , prawo/lewo 160° /160° | TAK |  |
|  | Długość robocza 1680 mm | TAK |  |
|  | Pole widzenia 140**°** | TAK |  |
|  | Głębia ostrości 2-100 mm | TAK |  |
|  | Jednostopniowe złącze | TAK |  |
|  | Kompatybilne z systemami wideo EVIS EXERA III oraz EVIS X1 | TAK |  |
| **III.** | **POZOSTAŁE** | | |
|  | Aktualne deklaracje zgodności oraz stosowne certyfikaty CE (jeżeli przedmiot zamówienia należy do grupy wyrobów medycznych innych, niż klasa I) lub inne dokumenty potwierdzające, że oferowane urządzenie medyczne jest dopuszczone do obrotu i używania | TAK, dostarczyć wraz z umową |  |
|  | Instrukcje obsługi w języku polskim do wszystkich urządzeń w postaci wydrukowanej i elektronicznej, zakres drukowanych instrukcji do uzgodnienia z Zamawiającym | TAK, dostarczyć najpóźniej z dostawą |  |
|  | W okresie gwarancyjnym wykonywanie bezpłatnych przeglądów zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta | TAK |  |
|  | Minimum 1 szkolenie personelu obsługującego urządzenie w siedzibie Zamawiającego (do 10 osób) | TAK, podać ilość szkoleń |  |
|  | Czas reakcji serwisu gwarancyjnego i usunięcia usterki do 48 godz. |  |  |
|  | W przypadku naprawy trwającej powyżej 120 godzin – wstawienie endoskopu zastępczego o parametrach nie gorszych niż oferowany bez naliczania a tego tytułu dodatkowych opłat. |  |  |
|  | Możliwość bezpłatnych konsultacji w okresie gwarancji. |  |  |
|  | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. |  |  |

**UWAGA:**

1. Załącznik wskazuje minimalne wymagania zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast wykonawca – wypełniając ten załącznik – oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany asortyment.
2. Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treści – stanowi on integralną część oferty – deklarację wykonawcy co do jej treści.
3. Brak niniejszego załącznika w ofercie spowoduje odrzucenie oferty jako niezgodnej z SWZ.
4. Brak uzupełniania danych przez wykonawcę w poszczególnych wierszach kolumny nr 4 "Parametr oferowany" ww. tabeli, będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia, co spowoduje odrzucenie oferty jako niezgodnej z SWZ.
5. Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.
6. **Załącznik ten nie podlega uzupełnieniu w trybie art. 128 Ustawy**.

***Dokument należy wypełnić i opatrzyć kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym***

***lub podpisem osobistym.  
Zamawiający zaleca przed podpisaniem zapisanie dokumentu w formacie PDF.***