*Załącznik nr 2a – dotyczy przetargu nieograniczonego na dostawę aparatury medycznej:*

*znak ZP/2501/99/22*

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW GRANICZNYCH (ODCINAJĄCYCH)**

Przedmiot przetargu: **ZESTAW DO BADAŃ PRZEŁYKU (EZOFAGOSKOP)**

Producent/Firma: ………………………………………………………………………………………….……………………

Urządzenie nazwa typ: ................................................... Rok produkcji: ..............................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry, właściwości, funkcje i inne wymagania wobec urządzenia** | **Wymóg /wartość graniczna** | **Wymagany opis**  **spełnienia wymogu** |
|  | Urządzenia fabrycznie nowe, rok produkcji 2022 | Tak |  |
|  | Ezofagoskop owalny typu ROBERTS-JESBERG, rozm. 12 x 16, dł. 50 cm – 1szt. | Tak |  |
|  | Ezofagoskop owalny typu ROBERTS-JESBERG, rozm. 10 x 14, dł. 50 cm – 1szt. | Tak |  |
|  | Światłowód sztywny do oświetlania dystalnego, dł. 50 cm, do zast. z ezofagoskopami – 1szt. | Tak |  |
|  | Ezofagoskop owalny typu ROBERTS-JESBERG, rozm. 12 x 16, dł. 30 cm – 1szt. | Tak |  |
|  | Ezofagoskop owalny typu ROBERTS-JESBERG, rozm. 10 x 14, dł. 30 cm – 1szt. | Tak |  |
|  | Ezofagoskop owalny typu ROBERTS-JESBERG, rozm. 8 x 12, dł. 30 cm – 1szt. | Tak |  |
|  | Światłowód sztywny do oświetlania dystalnego, dł. 30 cm, do zast. z ezofagoskopami – 1szt. | Tak |  |
|  | Wziernik do gardła dolnego typu ROBERTS-JESBERG, owalny, rozm. 10 x 14, dł. 20 cm – 1szt. | Tak |  |
|  | Światłowód sztywny do oświetlania dystalnego, dł. 20 cm, do zast. z wziernikami do gardła dolnego– 1szt. | Tak |  |
|  | Uchwyt do ezofagoskopów – 1szt. | Tak |  |
|  | Optyka 0°, śr. 5,5 mm, dł. 53 cm, autoklawowalna, wyposażona w: układ optyczny z systemem soczewek wałeczkowych typu HOPKINS, oznakowanie średnicy kompatybilnego światłowodu w postaci cyfrowej lub graficznej umieszczone obok przyłącza światłowodu, oznakowanie kodem QR lub DATA MATRIX – 1 szt | Tak |  |
|  | Kleszcze optyczne, typu aligator, do twardych ciał obcych – 1szt. | Tak |  |
|  | Kleszcze biopsyjne optyczne, miseczki okrągłe śr. 4,3 mm – 1szt. | Tak |  |
|  | Rurka ssąca z prostą gumową końcówką, śr. 4 mm, dł. rob. 55 cm – 1szt. | Tak |  |
|  | Aplikator do wacików, dł. rob. 55 cm – 3 szt. | Tak |  |
|  | Watotrzymacz, uchwyt sprężynowy, dł. rob. 50 cm – 1szt. | Tak |  |
|  | Optyka 0°, śr. 2,9 mm, dł. 36 cm, autoklawowalna, wyposażona w: układ optyczny z systemem soczewek wałeczkowych typu HOPKINS, oznakowanie średnicy kompatybilnego światłowodu w postaci cyfrowej lub graficznej umieszczone obok przyłącza światłowodu, oznakowanie kodem QR lub DATA MATRIX – 1 szt | Tak |  |
|  | Kleszcze optyczne, pediatryczne, do twardych ciał obcych, szczęki aligatora, do zastosowania z oferowaną optyką – 1szt. | Tak |  |
|  | Kleszcze optyczne, biopsyjne, bransze owalne szer. 1,6 mm, do zast. z oferowaną optyką – 1szt. | Tak |  |
|  | Rurka ssąca z prostą gumową końcówką, śr. 2 mm, dł. rob. 35 cm – 1szt. | Tak |  |
|  | Aplikator do wacików, dł. rob. 35 cm – 3 szt. | Tak |  |
|  | Watotrzymacz, uchwyt sprężynowy, dł. rob. 35 cm – 1szt. | Tak |  |
| **Inne wymagania** | | | |
|  | Instrukcja obsługi(jeśli dotyczy) i sterylizacji w języku polskim w formie papierowej. | Tak |  |
|  | Montaż, uruchomienie i szkolenie obsługi w cenie urządzenia. | Tak |  |
|  | Autoryzowany serwis na terenie Polski z dostępem do oryginalnych części zamiennych od producenta | Tak |  |
| **Warunki gwarancji i serwisu** | | | |
|  | Okres gwarancji min.12 miesięcy. | Tak |  |
|  | Maksymalnie 3 naprawy gwarancyjne tego samego elementu lub podzespołu - konieczność wykonania kolejnej naprawy uprawnia do wymiany elementu lub podzespołu na nowy. | Tak |  |
|  | Czas skutecznej naprawy, licząc od momentu zgłoszenia awarii niewymagającej importu części – maksimum 3 dni robocze. | Tak |  |
|  | Czas skutecznej naprawy z użyciem części zamiennych, licząc od momentu zgłoszenia awarii – max. 5 dni roboczych | Tak |  |
|  | Naprawy realizowane w siedzibie zamawiającego. | Tak |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych minimum 10 lat | Tak |  |

|  |  |
| --- | --- |
| miejscowość: |  |
| data: |  |

(podpis pieczątka imienna osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)