**System protezy twarzoczaszki zakotwiczonej w kości – oko lub nos.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***1*** | *Nazwa urządzenia* |  |
|
|  |  |  |  |  |
| ***2*** | *Typ urządzenia* |  |
|
|  |  |  |  |  |
| ***3*** | *Producent* |  |
|

 *Wpisać*

***Warunki gwarancji i serwisu wymagane przez użytkownika dla przedmiotu dostawy***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Nr ppkt.*** | ***OPIS PARAMETRÓW*** | ***WARTOŚĆ WYMAGANA*** | ***WARTOŚĆ OFEROWANA*** |
| *1* | *Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny*  | *TAK(wpisać pełne dane kontaktowe adres i techniczne środki łączności, nr tel., faxu/ e-mail. )* |  |
| *2* | *Długość udzielanej gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń)* ***minimum 24 miesiące (*** *podać ilość miesięcy )* | *TAK, Podać* |  |
| *4* | *Czas reakcji serwisu na zgłoszenie naprawy – max 48 godzin w dni robocze od chwili zgłoszenia* | *TAK, Podać* |  |
| *5* | *Czas naprawy maksymalnie w ciągu 10 dni roboczych od dnia zgłoszenia* | *TAK, Podać* |  |
|  |  |  |  | *Wpisać* |
|  |  |  |  |  |

***Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika.***

***System protezy twarzoczaszki zakotwiczonej w kości – oko lub nos.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *L.P.* | *Parametry graniczne - minimalne* |  | *Parametry oferowane- Potwierdzenie wymaganych parametrów granicznych ( WPISAĆ/TAK/NIE LUB OPISAĆ)* |
| 1 | 2 |  | 3 |
| 1. ***Część implantowana***
 |
| *1.1.* | *System śrub implantowych o długościach w zakresie od 3 do 5 mm; minimum 2 wymiary – podać jakie mogą zostać dostarczone. Pełna dostępność podczas trwania kontraktu. Śruby wykonane z tytanu o średnicy w zakresie: 4,4 do 4,7 mm – podać średnicę :**Powierzchnia śruby pokryta powłoką TiOblast, posiada zabezpieczenie przed wrastaniem tkanek łącznych podczas procesu gojenia w wewnętrzne nagwintowanie dla śruby łączącej wspornik – podać sposób zabezpieczenia Zabezpieczenie przed wrastaniem dostarczane w zestawie. Min ilość śrub w zestawie wraz z zabezpieczeniami:* ***3 szt*** |  |  |
| *1.2.* | *System wsporników w pełni kompatybilnych z dostarczonymi śrubami, o min. 4 różnych wysokościach w zakresie od: 3,5mm do 7 mm. Podać dostępne długości. Wsporniki łączone z śrubami implantowymi przy pomocy śruby łączącej wchodzącej w skład wspornika i dostarczanej wraz z nim. Wsporniki umożliwiają przykręcenie do nich cylindrów/łączników do belki służącej do zamocowania epitezy.**Cylindry wykonane ze złota. Długość cylindra od min 3 mm do max 4 mm- podać długość. Minimalna ilość wsporników oraz cylindrów w zestawie: po* ***3 szt****. każdego.* |  |  |
| *1.3.* | *System klipsów zatapianych w silikonowej epitezie służący do jej montażu na złotej belce. Minimalna ilość klipsów min 3 szt. Ilość belek w zestawie: min* ***2 szt****. o długości min 10 mm. Średnica belki w pełni kompatybilna z systemem klipsów. Belka i klipsy stanowią integralną część zestawu.* |  |  |
| *1.4.* | *System części protetycznych zapewniający anaplastologowi wykonanie epitezy, zestaw zawiera wszystkie potrzebne elementy, należy wymienić wraz z ilościami potrzebnymi do wykonania 1 szt. epitezy* ***oka lub nosa*** *w zależności od zapotrzebowania.* |  |  |
| 1. ***Osprzęt chirurgiczny wymagany do przeprowadzenia implantacji (jednorazowego użytku)***
 |
| *2.1.* | *Zestaw narzędzi jednorazowych obejmujących wiertła oraz inne akcesoria potrzebne do przeprowadzenia zabiegu chirurgicznego zarówno jedno jak i dwu etapowego. Zestaw obejmuje min: zestaw wierteł, przebijak do skóry, nakładkę na czas gojenia z materiału łatwego do utrzymania w czystości oraz wszystkie inne potrzebne części, które należy wymienić* |  |  |
| 1. ***Sprzęt chirurgiczny oddany w użytkowanie Zamawiającemu***
 |
| *3.1* | *Wykonawca zobowiązany jest do użyczenia instrumentarium chirurgicznego niezbędnego do przeprowadzenia zabiegu implantacji na czas zabiegu**(Wymienić elementy składowe instrumentarium )* |  |  |
| 1. ***Szkolenie***
 |
| *4.1.* | *Przeszkolenie wskazanego przez Zamawiającego personelu w zakresie implantacji przedmiotu umowy, przy użyciu przedmiotu użyczenia. Szkolenie potwierdzone dokumentem wystawionym przez Wykonawcę.* |  |  |
| *4.2* | *Wykonawca zapewni w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego obecność inżyniera klinicznego z minimum 3-y letnim stażem zawodowym w siedzibie Zamawiającego przy każdym zabiegu* |  |  |

***UWAGA!***

*Dla uznania oferty za ważną Wykonawca winien zaoferować sprzęt spełniający wszystkie wymagane parametry graniczne.*

*W kolumnie– parametry oferowane – należy potwierdzić wymagane parametry poprzez wpisanie „TAK/NIE LUB OPISOWO”*

*Wykonawca jest zobowiązany do dostarczenia sprzętu o zaoferowanej w niniejszej specyfikacji konfiguracji i parametrach.*

*Oświadczenie Wykonawcy:*

*Oświadczam, że oferowany sprzęt jest kompletny i będzie po dostarczeniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.*

***Wypełniony i podpisany załącznik nr 1 należy załączyć do oferty.***

*…………………………….*

*( podpis wykonawcy )*