**sprawa BZP.3810.53.2020.JK -załącznik do oferty**

**Pakiet nr 5**

**Zestawienie parametrów i warunków wymaganych; Fibroskop intubacyjny – szt. 2**

**Producent……………………..**

**Kraj pochodzenia……………….**

**Rok produkcji………………………**

**Typ/model………………………**

**Klasa wyrobu medycznego…………………………………….**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry techniczne i funkcjonalne** | **parametry wymagane** | **Parametr** **oferowany** |
| 1 | Pole widzeniaMin.90° | TAK |  |
| 2 | Głębia ostrościMin. 3-50mm | TAK |  |
| 3 | Korekcja ostrości obrazu | TAK |  |
| 4 | Zakres wychyleń końcówki(góra/dół) min. 120°/120°  | TAK |  |
| 5 | Średnica tuby wziernikowej3,1 – 3,6 mm | TAK |  |
| 6 | Średnica kanału roboczegoMin. 1,2 – 1,6 mm | TAK |  |
| 7 | Długość robocza tuby wziernikowejMin. 600 mm | TAK |  |
| 8 | Całkowita długość tuby wziernikowej850 – 920 mm | TAK |  |
| 9 | Zasilanie bateryjne lub akumulatorowe z żarówkąLED | TAK |  |
| 10 | Możliwość mycia i dezynfekcji w myjni Innova i Innova E-3 z zastosowaniem środków do mycia idezynfekcji różnych producentów do mycia ręcznego i automatycznego – załączyć wykaz min. 4 producentów | TAK |  |
| 11 | Współpraca z posiadanym źródłem światła LH-150PC poprzez światłowód BS-LC1 oraz współpraca z testerem szczelności lub zasilacz bateryjny z testerem szczelności | TAK |  |
| 12 | Bezpośrednie podłączenie światłowodu zasilającego do fiberoskopu | TAK |  |
| 13 | Współpraca z posiadanym przenośnym źródłem światła BS-LHAC2 lub BS-LHAC3 | TAK |  |
| 14 | Ledowe źródło światła wodoszczelne zasilane baterią kompatybilne z zaoferowanym fiberoskopem | TAK |  |
| 15 | Adapter z lampą halogenową kompatybilny z zaoferowanym fiberoskopem | TAK/NIE |  |
| 16 | Kabel światłowodowy do podłączenia ze stacjonarnym źródłem światła kompatybilny z zaoferowanym fiberoskopem | TAK |  |
|  | INNE |  |  |
| 17 | Gwarancja min. 24 miesiące | TAKpodać m-ce |  |
| 18 | Certyfikat CE wraz z deklaracją zgodności | TAK |  |
| 19 | Instrukcja obsługi w języku polskim  | TAK |  |
| 20 | Na wymienione podzespoły gwarancja min. 12 miesięcy  z wyłączeniem przypadków naturalnego zużycia, licząc od daty przekazania urządzeń protokołem zdawczo- odbiorczym. | TAK |  |
| 21 | Okres rękojmi równy okresowi gwarancji | TAK |  |
| 22 | Przeprowadzenie szkolenia personelu medycznego w zakresie obsługi w siedzibie Zamawiającego, | TAK |  |
| 22 | Autoryzowany serwis | TAKPodać dane kontaktowe |  |

Zamawiający wymaga, aby wykonawca zaoferował urządzenie o parametrach co najmniej takich, jak przedstawione w wymaganiach granicznych. Niespełnienie tego warunku spowoduje odrzucenie oferty.

**…………………………………………**

(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych

do reprezentacji wykonawcy