**Załącznik nr 2.6 do SWZ – Kosztorys ofertowy wraz ze szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Asortyment** | **NAZWA ASORTYMENTU NA FAKTURZE\*** | **Jedn. miary** | **IloŚĆ**  **(A)** | **Cena jedn.**  **brutto\***  **(B)** | **STAWKA VAT** | **Wartość brutto\***  **(A)x(B)** | **Producent/ Numer katalogowy\*** |
| 1 | Unit laryngologiczny z wyposażeniem |  | kpl. | 1 |  |  |  |  |
| 2 | Fotel laryngologiczny – zabiegowy z krzesłem dla lekarza |  | kpl. | 1 |  |  |  |  |
| Razem | | | | | | |  |  |

\* wypełnia Wykonawca

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia**

| ***L.p.*** | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** / | **Punktacja dodatkowa** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. ***Unit laryngologiczny z wyposażeniem – 1 kpl*** | | | | | |
| 1. ***WYMAGANIA OGÓLNE*** | | | | | |
|  | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia / | Podać |  | Bez punktacji |
|  | Wyrób fabrycznie nowy z 2024 roku | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Unit laryngologiczny z wyposażeniem | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Jednomodułowy unit laryngologiczny na min. 6 kółkach skrętnych, o konstrukcji metalowej malowany proszkowo. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Unit o wymiarach:  - szerokość: w granicach 1400 mm - 1500mm  - głębokość: w granicach 450 mm - 550 mm  - wysokość korpusu bez mikroskopu: w granicach 800 mm – 1100 mm | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Blat na instrumentarium z przezroczystą pokrywą, wyposażony w co najmniej 12 stalowych autoklawowalnych tacek na narzędzia | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Unit posiadający min. 4 w pełni wysuwane szuflady z mechanizmem miękkiego domykania i możliwością demontażu, w tym min. jedna o głębokości co najmniej 140mm. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Panel sterowania z ekranem dotykowym o przekątnej min. 5,7” o regulowanym kącie, umiejscowiony na ruchomym ramieniu z lewej strony unitu | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Sterowanie za pomocą ekranu dotykowego co najmniej: włączaniem podgrzewacza kuwet, zmianą pozycji fotela pacjenta. Wyświetlana na ekranie wizualizacja siły ssania oraz wskazówki dotyczące rozwiązywania problemów. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Panel sterowania na wspólnym ramieniu z uchwytami na końcówkę ssaka, kamerę oraz światłowód. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Wbudowane źródła światła LED min. 3 sztuki z płynną regulacją natężenia światła w zakresie od 0 do 100% mocy, gniazdo światłowodu typu „Storz”, natężenie światła sterowane z poziomu ekranu dotykowego | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Wbudowany szybki podgrzewacz narzędzi włączany przyciskiem. Funkcja podgrzewania narzędzi realizowana za pomocą nadmuchu, z funkcją automatycznego wyłączania po upływie max. 20 sek. | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Min. 8 wbudowanych pojemników/kuwet do dezynfekcji i przechowywania endoskopów sztywnych i giętkich, w tym przynajmniej 2 kuwety podgrzewane. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Podgrzewanie kuwet włączane z panelu sterującego. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Niekorodująca kuweta do dezynfekcji brudnych narzędzi umieszczona w dedykowanej szufladzie | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Wysuwana śmietniczka | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Wbudowany system ssania o wydajności min. 70l/min, aktywowany/dezaktywowany automatycznie po podniesieniu/opuszczeniu drenu ssaka | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Co najmniej 6 końcówek ssaka ze stali nierdzewnej | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Unit wyposażony w elektroniczny wskaźnik siły ssania wyświetlany na panelu głównym | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Wbudowany układ płukania drenu ssaka wyposażony w zbiornik na środek dezynfekujący | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Automatyczne opróżnianie zbiornika ssaka z zabezpieczeniem przed przepełnieniem zbiornika | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Lejek do płukania ucha podłączany do ssaka | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Sterowanie fotelem laryngologicznym bezpośrednio z panelu dotykowego unitu | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Unit wyposażony w uchwyt/wieszak na lampę czołową | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Światłowód do endoskopów o długości co najmniej 180 cm z adapterami | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | **Stołek obrotowy** dla lekarza w kolorze tapicerki przyjętej dla fotela. Stołek obrotowy dla lekarza. Stołek lekarski laryngologiczny z pierścieniem podnóżka i regulacją wysokości za pomocą sprężyny gazowej, konstrukcja stalowa, samohamowne koła obracające się o 360° Powłoka z tkanki skajowej (odporna na zadrapania i kwasy) wyściełana pianką o dużej gęstości, oparcie min. 180 ° obrotowe z możliwością regulacji głębokości. Zakres regulacji wysokości: od min. 530 mm do max. 660 mm. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **Kamera endoskopowa** o parametrach**:** Rozdzielczość co najmniej 2952 x 1944 pixeli; procesor obrazu zintegrowany w obudowie kamery ;Podłączenie do komputera bezpośrednio za pomocą interfejsu USB 2.0;feedback haptyczny; przycisk migawki i balansu bieli; wbudowane menu do kontroli ustawień; wbudowany sensor ruchu; szczelna metalowa obudowa, dezynfekowalna, IP68; adapter do endoskopów sztywnych i giętkich; maksymalna waga kamery bez osprzętu: 70g; | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **Fotel pacjenta o parameteach:**  - Co najmniej 4 silniki elektryczne  - Możliwość bezprzewodowego sterowania z panelu dotykowego unitu laryngologicznego  - Niezależna elektryczna regulacja co najmniej: wysokości fotela, kąta pochylenia siedziska, kąta pochylenia oparcia, kąta pochylenia podparcia pod nogi  - Bezprzewodowy panel przycisków nożny umożliwiający zarówno niezależną regulację wszystkich funkcji jak i zapamiętanie dwóch ulubionych ustawień oraz pozycji zerowej.  - Tapicerka łatwa do czyszczenia  - Regulacja wysokości w zakresie 540-890mm  - Długość po rozłożeniu: co najmniej 175cm  - Maksymalna waga pacjenta / podnoszenia : 300kg  - Oparcie fotela rozkładane do poziomu  - Możliwość ustawienia pozycji Trendelenbourga - 22°  - Obrót fotela o kąt co najmniej 360°  - Blokada obrotu elektryczna, sterowana za pomocą przycisku  - Podpórka pod stopy składana na płasko do pozycji całkowicie schowanej  - Możliwość synchronizacji ruchu oparcia i podnóżka za pomocą przycisku  - Podnoszone podłokietniki | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **Mikroskop zamontowany na unicie o parametrach**:  - źródło światła halogen 100W  - 5 stopniowy zmieniacz powiększeń  - Powiększenia całkowite: min. od 2,9x do 17,7x (0,4x – 0,6x – 1x – 1,6x – 2,5x)  - Powiększenia okularów lekarza: 12,5x  - Ogniskowa obiektywu: f = 300 mm  - Manualna regulacja powiększenia (zoom) i ostrości (focus)  - Regulacja natężenia światła  - Oświetlenie halogenowe ze światłowodu  - Tubus prosty | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **Komputer do obsługi endoskopii zamontowany na unicie o parametrach:** Monitor o przekątnej co najmniej 21”**;** procesor **;** system operacyjny **;** pamięć RAM co najmniej 8GB**;** Dysk co najmniej 512 GB SSD; | TAK |  | Bez punktacji |
|  | W komplecie optyki endoskopowe: otoskop kąt 0°, śr 4mm, długość 50mm; sinusoskop kąt 30°, śr 4mm, długość 175 mm; ; laryngoskop kąt 70°, o przekroju spłaszczonym śr. 12,4x7,2mm, długość 184 mm | TAK |  | Bez punktacji |
| ***2. Fotel laryngologiczny – zabiegowy z krzesłem dla lekarza – 1 kpl*** | | | | | |
| 1. ***WYMAGANIA OGÓLNE*** | | | | | |
|  | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia / | Podać |  | Bez punktacji |
|  | Wyrób fabrycznie nowy z 2024 roku | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Fotel laryngologiczny – zabiegowy z krzesłem dla lekarza | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Fotel pacjenta trzysegmentowy z zagłówkiem i podłokietnikami sterowany za pomocą min. 4 silników elektrycznych | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Siedzisko oparte na kolumnie teleskopowej | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość synchronizacji ruchu oparcia i podnóżka za pomocą przycisku | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Niezależna elektryczna regulacja co najmniej: wysokości fotela, kąta pochylenia siedziska, kąta pochylenia oparcia, kąta pochylenia podparcia pod nogi | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość bezprzewodowego sterowania z panelu dotykowego unitu laryngologicznego | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Bezprzewodowy panel przycisków nożny umożliwiający zarówno niezależną regulację wszystkich funkcji jak i zapamiętanie min. dwóch ulubionych ustawień oraz pozycji zerowej. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Tapicerka łatwa do czyszczenia | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Regulacja wysokości w zakresie min. od 540 mm do 890 mm | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Długość po rozłożeniu: co najmniej 175cm | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Maksymalna waga pacjenta / podnoszenia: 300kg | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Oparcie fotela rozkładane do poziomu | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość ustawienia pozycji Trendelenbourga - 22° | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Obrót fotela wokół własnej osi o 360° | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Blokada obrotu elektryczna, sterowana za pomocą przycisku | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Podpórka pod stopy składana na płasko do pozycji całkowicie schowanej | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Przegubowy mechanizm zagłówka umożliwiający regulację podparcia głowy we wszystkich wymiarach (w pionie i nachyleniu) w celu idealnego dostosowania do morfologii pacjenta | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Podnoszone podłokietniki | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Stołek obrotowy dla lekarza w kolorze tapicerki przyjętej dla fotela. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Stołek lekarski laryngologiczny z pierścieniem podnóżka i regulacją wysokości za pomocą sprężyny gazowej, konstrukcja stalowa, samohamowne koła obracające się o 360° Powłoka z tkanki skajowej (odporna na zadrapania i kwasy) wyściełana pianką o dużej gęstości, oparcie min. 180 ° obrotowe z możliwością regulacji głębokości. Zakres regulacji wysokości: od min. 530 mm do max. 660 mm | TAK |  | Bez punktacji |
| **Inne wymagania dla przedmiotowych pozycji : 1 i 2** | | | | | |
|  | Pełna gwarancja na przedmiot zamówienia oraz wszystkie elementy systemu (wymagany  okres min. 24 miesiące) | TAK, podać |  | 2 lata – 0 pkt  3 lata – 5 pkt  4 lata – 15 pkt  5 lat ­– 30 pkt |
|  | Autoryzowany Serwis Producenta (podać nazwę i adres serwisu) | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Deklaracje zgodności lub Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowane urządzenie medyczne jest dopuszczone do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022. (Dz. U z 2022 r. poz. 974). W przypadku, gdy urządzenie nie jest urządzeniem medycznym inne dokumenty wymagane prawem dla danego typu urządzeń. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim. Instrukcja w formie wydrukowanej  i w wersji elektronicznej. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem w raporcie serwisowym. Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę. Należy podać zalecaną przez producenta częstość przeglądów w okresie gwarancji i po gwarancji. | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Wsparcie serwisowe oraz dostępność części zamiennych co najmniej przez 7 lat po zakupie urządzenia. | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Bezpłatne szkolenie personelu w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia, przeprowadzone  w miejscu instalacji produktu, poświadczone certyfikatem lub protokołem szkolenia. | TAK |  | Bez punktacji |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta nie spełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

* oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;
* oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)
* zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia
* zobowiązujemy się do przeszkolenia personelu w obsłudze urządzenia
* przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy
* ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji
* inne: w ostatnim miesiącu gwarancjiaktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy)

*(podpis kwalifikowany)*