#### PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

**I . OKREŚLENIE PRZEDMIOTU PRZETARGU**

###### Myjnia dezynfektor do endoskopów(2) - 1 szt.

**----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**II . Część do wypełnienia przez przystępującego do przetargu:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | Nazwa urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **2** | Typ urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **3** | Producent |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **4** | Rok produkcji nie wcześniej niż 2019. Urządzenie fabrycznie nowe nie rekondycjonowane. |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **5** | Rok wprowadzenia urządzenia do seryjnej produkcji |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **6** | Kraj pochodzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |

**7. Warunki gwarancji i serwisu wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | | **WARTOŚĆ OFEROWANA**  **( podać, opisać )** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | minimum **24 miesiące**  (*podać ilość miesięcy*) | |  |
|  |  |  |  | *Wpisać* |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **Parametry graniczne** | **Parametry oferowane**  ( podać, opisać, wpisać ). |
|  | **Wymagania ogólne** |  |  |
|  | Myjnia umożliwiająca jednoczesne mycie dwóch endoskopów. | Tak |  |
|  | Automatyczny w pełni powtarzalny zamknięty system przeznaczony do mycia i dezynfekcji gastroskopów, kolonoskopów, duodenoskopów. | Tak |  |
|  | Myjnia-dezynfektor ładowana od frontu. | Tak |  |
|  | Myjnia działająca w oparciu o kwas nadoctowy. | Tak |  |
|  | Czytelny wyświetlacz. | Tak |  |
|  | Wyświetlanie komunikatów w języku polskim. | Tak |  |
|  | Umieszczenie endoskopów na dzielonych koszach wysuwanych z myjni, umożliwiających ułożenie sondy endoskopu w taki sposób, który uniemożliwia stykanie się lub krzyżowanie powierzchni sondy. | Tak |  |
|  | Możliwość zastosowania kosza do mycia troakarów i optyk laparoskopowych. | Tak |  |
|  | System myjący kanały wewnętrzne i powierzchnie endoskopów przy użyciu niezależnych dedykowanych konektorów. | Tak |  |
|  | Jednorazowe użycie środków chemicznych dedykowanych do użycia w myjniach endoskopowych wysokotemperaturowych. | Tak |  |
|  | Równoczesna kontrola szczelności dwóch endoskopów podczas każdego etapu procesu mycia i dezynfekcji z systemem zabezpieczającym przed ich zalaniem. | Tak |  |
|  | Dezynfekcja w temperaturze 35ºC. | Tak |  |
|  | Czas trwania dezynfekcji 5 min +/- 5%. | Tak |  |
|  | Dwa płukania końcowe wodą po procesie dezynfekcji. | Tak |  |
|  | Suszenie endoskopu gorącym powietrzem. | Tak |  |
|  | Kondensator oparów środków chemicznych wewnątrz myjni. Szczelne odprowadzenie oparów. | Tak |  |
|  | Uzdatnianie mikrobiologiczne wody poprzez wbudowaną lampę UV. | Tak |  |
|  | Automatyczna samodezynfekcja myjni. | Tak |  |
|  | Zasilanie prądem trójfazowym. | Tak |  |
|  | Zewnętrzny system zmiękczający wodę. | Tak |  |
|  | Zasilanie wodą z instalacji szpitalnej. | Tak |  |
|  | Obudowa komory ze stali kwasoodpornej. | Tak |  |
|  | Możliwość współpracy z systemem raportującym ENDOSKAN. | Tak |  |
|  | Port komunikacyjny RJ-45 Ethernet TCP/IP (max.100 Mbit). | Tak |  |
|  | Program Dezynfekcji termicznej w temperaturze 900 C dla sprzętu obojętnego na działanie termiczne. | Tak |  |
|  | Zabezpieczenie przed testem szczelności wyższym niż 320 mbar. | Tak |  |
|  | Możliwość \ współpracy do systemu archiwizacji badań Endobase. | Tak |  |
|  | Adaptery do mycia endoskopów firmy Pentax. | Tak |  |
|  | Myjnia zapewniająca skuteczne mycie następujących endoskopów: Q165, H185, Q165L, H185L, TJF145, TJF160VR firmy Olympus. EUS firmy Pentax. | Tak |  |
|  | **Szkolenia** |  |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi i aplikacji medycznych niezbędnych do eksploatacji urządzenia (minimum 5 osób). | Tak |  |
|  | Szkolenie personelu technicznego zamawiającego (wraz z wystawieniem stosownych certyfikatów) w zakresie podstawowych czynności sprawdzenia stanu technicznego urządzenia i podstawowej konserwacji technicznej.  Szkolenie obejmujące co najmniej 2 osoby. | Tak |  |

**UWAGA:**

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

W tabeli pod pkt. 8 należy opisać, wpisać, podać oferowany parametr.

Wypełniony i podpisany załącznik nr 1 należy załączyć do oferty.

Oświadczenie Wykonawcy:

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

Podpis Wykonawcy: ..........................................