**Formularz parametrów technicznych punktowanych**

**Załącznik nr 2b do oferty**

Znak Sprawy: **PCM/ZP 08/I/2023**

**Parametry techniczne punktowane**

**(modyfikacja po odpowiedziach na zapytania z dnia 06.10.2023 r)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Parametry punktowane** | | **Punktacja** | **TAK**  **/NIE** | **Wpisać należne punkty za posiadane parametry** |
| **ZESTAW WIEŻY ARTROSKOPOWO LAPAROSKOPOWEJ** | | | | |
| **Nr poz.** | **GŁOWICA KAMERY 4K- AUTOKLAWOWALNA – 1 SZT.** | | | |
| 7 | Autoklawowlana, gwarancja 7 lat na sterylizację. **Parametr dodatkowo punktowany** | **Podać**  **Tak /Nie**  **AUTOKLAWOWALNA – 5 pkt.**  **NIE AUTOKLAWOWALNA – 0 pkt** |  |  |
|  | **ŹRÓDŁO ŚWIATŁA LED – 1 SZT.** | | | |
| 1 | Źródło światła w technologii LED wbudowane w jedną konsolę 3w1 w pełni zintegrowane. **Parametr dodatkowo punktowany** | **Podać**  **Tak /Nie**  **URZĄDZENIE TYPU 3W1– 5 pkt.**  **OSOBNE URZĄDZENIEA – 0 pkt** |  |  |
| 8 | Przycisk źródła światła "On / Standby" (gotowy do użycia w <1 sek.  **Parametr dodatkowo punktowany** | **Podać**  **Tak /Nie**  **GOTOWOŚĆ<1SEC – 5 pkt.**  **GOTOWOŚĆ powyżej 1 SEC – 0 pkt** |  |  |
|  | **STEROWNIK KAMERY 4K – 1 SZT.** | | | |
| 3 | Zastosowany typ części CF(cardiac floating), odporne na defibrylację. **Parametr dodatkowo punktowany** | **Podać**  **Tak /Nie**  **TYP CZĘŚCI cardiac floating – 5 pkt.**  **BRAK CZĘŚCI cardiac floating – 0 pkt** |  |  |
| 14 | Funkcja streamingu na żywo obrazu z kamery za pomocą wbudowanego modułu Wi-Fi łącznie z przesyłam audio ze zdalnym dostępem przez przeglądarkę internetową w oparciu o IP, streaming chroniony hasłem. **Parametr dodatkowo punktowany** | **Podać**  **Tak /Nie**  **STREAMING – 5 pkt.**  **BRAK STREAMINGU – 0 pkt** |  |  |
|  | **TABLET – 1 SZT** | | | |
| **3** | **Możliwość ustawienia profili chirurgów z parametrami charakterystycznymi jak: indywidualne ustawienia przycisków na głowicy kamery, jakość nagrywanych filmów i zdjęć, parametrów wydruku raportu po zabiegu, przypisanie chirurgowi zabiegów z określonymi ustawieniami zabiegu**. **Parametr dodatkowo punktowany.** | **Tak-5 pkt.**  **Nie-0 pkt.** |  |  |
|  | **KONSOLA SHAVERA – 1 SZT.** | | | |
| 5 | 3 tryby pracy oscylacyjnej wybierane na ekranie dotykowym: standardowy, efektywny, agresywny. | **Podać**  **Tak /Nie**  **3 LUB WIĘCEJ TRYBÓW OSCYLACJ – 10 pkt**  **2 LUB MNIEJ – 5 pkt** |  |  |
|  | **WÓZEK ARTROSKOPOWY Z OSŁONĄ KABLI – 1 SZT.** | | | |
| 11 | Ruchome ramię pod tablet sterujący. **Parametr dodatkowo punktowany** | **Tak-5 pkt.**  **Nie-0 pkt.** |  |  |
|  | **INSUFLATOR LAPAROSKOPOWY – 1 SZT.** | | | |
| 14 | Informacja graficzna o ciśnieniu CO2 min. Pięciostopniowa. **Parametr dodatkowo punktowany** | **Podać**  **Tak /Nie**  **5 STOPNI I WIĘCEJ – 5 pkt.**  **4 STOPNIE I MNIEJ – 0 pkt** |  |  |
| **RAZEM** *(podlicz posiadane punkty i wpisz również do Formularza ofertowego)* | | | |  |

.................................., dnia : .............................

……………………..............................................................................

**podpis elektroniczny**

osoby/-ób uprawnionej/-ych

do reprezentowania Wykonawcy

lub pełnomocnika