**Załącznik nr 2b do SIWZ**

 **Nr sprawy 175/ZP/17**

**Zmiana z dnia 01.03.2018 r.**

**WARUNKI WYMAGANE DLA GENERATORA DO TERMOABLACJI**

**Dotyczy:** postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego o wartości przekraczającej 221 000 euro na **dostawę sprzętu medycznego dla Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi.**

**Uwaga:**

Wymogiem jest, aby wartości podane w kolumnie „odpowiedź wykonawcy” były zgodne ze stanem faktycznym oraz danymi zawartymi w oficjalnym dokumencie przedstawiającym dane techniczne (np. katalog). Zamawiający ma prawo wystąpić do Wykonawców o udzielenie dalszych wyjaśnień niezbędnych dla weryfikacji udzielonych odpowiedzi.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **FUNKCJA/PARAMETR** | **Wartość** **wymagana** | **Odpowiedź Wykonawcy/ Wartość oferowana****/Opis** |
| **A. WYMAGANIA OGÓLNE** |
| 1. | Generator prądu o częstotliwości w zakresie 460-480 kHz | TAK |  |
| 2. | Zasilanie 230V +/-10%, 50Hz | TAK |  |
| 3. | Moc wejściowa max. 385W | TAK |  |
| **B. PARAMETRY PRACY URZĄDZENIA** |
| 4. | Moc wyjściowa generatora regulowana w granicach 0 W - max. 200 W | TAK |  |
| 5. | Krok regulacji mocy co 1 W | TAK |  |
| 6. | Zakres monitorowania temperatur od -5 do max.+1050C  | TAK |  |
| 7. | Dokładność pomiaru temperatury | TAK podać= +/-4st C -0pkt.< +/-4st C -5pkt. |  |
| 8. | Timer z możliwością ustawienia czasu pracy od 0 do min. 30 minut | TAK |  |
| 1. **WYMAGANIA SZCZEGÓŁOWE**
 |
| 9. | 3 gniazda elektrod czynnych na panelu sterowania generatora pozwalające na podłączenie elektrod laparoskopowych, przezskórnych oraz przeznaczonych do pracy w otwartym polu operacyjnym | TAK |  |
| 10. | Wskaźnik impedancji, mocy i temperatury, wskaźnik dźwiękowy aktywacji wysokiej częstotliwości  | TAK |  |
| 11. | Gniazdo do podłączenia elektrody powrotnej(wyświetlacz z widokiem konfiguracji elektrod powrotnych na panelu przednim/ekranie | TAK |  |
| 11a. | Gniazdo do podłączenia zdalnego czujnika | TAK/NIE podaćTAK – 5 pkt.NIE - 0 pkt. |  |
| 12. | Pompa obiegu chłodzenia wewnętrznego wodą jałową | TAK |  |
| 13. | Wyposażenie: wózek ze stali kwasoodpornej, zbiornik na jałową wodę do ablacji RF, przełącznik nożny do ablacji | TAK |  |
| 14. | Certyfikaty oraz dopuszczenie do eksploatacji, zgodnie z obowiązującym prawem – Ustawa o wyrobach medycznych | TAK |  |
| 15. | Instrukcja obsługi | TAK |  |
| 16. | Gwarancja min. 6 miesięcy | TAK  |  |
| 17. | Naprawy, wykonanie max. 96godz. | TAK podaćdo 96 godz. – 0 pkt. do 72 godz. – 5 pkt. do 48 godz. – 10 pkt. |  |
| 18. | Przeglądy zgodnie z wymaganiami producenta | TAK |  |

..................................... dn. .............. r.

**Miejscowość / Data**

..........................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy(ów)** |