**Załącznik nr 2 OPZ Pakiet nr 3**

**Wykonawca:**

……………………………..

……………………………..

……………………………..

(nazwa firmy, adres)

Dokument musi być podpisywany zgodnie z zapisami Rozdział III SWZ.

**PAKIET NR 3**

|  |
| --- |
| **Wideolaryngoskop neonatologiczny – 1 szt.** |

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa urządzenia/typ/model |  |
| Producent |  |
| Rok produkcji min.2021 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cena netto** | **Stawka VAT** | **Wartość VAT** | **Wartość brutto**  **(wartość netto + wartość VAT)** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | NAZWA PARAMETRU | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA** |
| 1 | Kolorowy ekran 3,5”, rozdzielczość 640x480 | Tak |  |
| 2 | Wbudowany akumulator litowo-jonowy, w komplecie zasilacz | Tak |  |
| 3 | Czas pracy po pełnym naładowaniu akumulatora: min. 2h | Tak |  |
| 4 | Możliwość obracania monitora w dwóch płaszczyznach (lewo/prawo: 270°, góra/dół: 120°) | Tak |  |
| 5 | Możliwość rejestracji zdjęć i filmów, pamięć 4GB (3500 zdjęć lub 2h wideo) | Tak |  |
| 6 | Możliwość transferu zarejestrowanych zdjęć i filmów do komputera | Tak |  |
| 7 | Kamera CMOS: 2 Mpixele | Tak |  |
| 8 | Źródło światła: dioda LED: min. 800 lux | Tak |  |
| 9 | Funkcja anti-fog | Tak |  |
| 10 | Wbudowany port MicroUSB | Tak |  |
| 11 | W komplecie łyżki wielokrotnego użytku, przeznaczone do sterylizacji w rozmiarach Mill 00 – 1szt., Mill 0 – 1 szt., Mill 1 – 1 szt.  (Dodatkowo 3 kpl. łyżek) | Tak |  |
| 12 | Łyżki metalowe, wielorazowe do sterylizacji (moczenie w płynach dezynfekcyjnych, sterylizacja niskotemperaturowa: gaz lub plazma) | Tak |  |
| 16 | **Warunki gwarancyjne** |  |  |
| 17 | Bezpłatna dostawa wraz z rozładunkiem, montażem oraz uruchomieniem i przeszkoleniem personelu natychmiast po dostawie, potwierdzona protokołami z przeprowadzonych szkoleń , odbioru sprzętu i przekazania do eksploatacji | Tak |  |
| 18 | Szkolenie personelu w zakresie procesu sterylizacji elementów urządzenia o ile takie będą występować | Tak |  |
| 19 | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych, eksploatacyjnych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 6 lat od daty zawarcia umowy | Tak |  |
| 20 | Bezpłatne przeglądy okresowe w czasie trwania gwarancji.  Liczba przeglądów uwarunkowana wymogami producenta jednak nie rzadziej niż raz w roku | Tak |  |
| 21 | Autoryzacja producenta na sprzedaż zaoferowanego aparatu (dokumenty załączyć) | Tak |  |
| 22 | Przeprowadzenie na koszt wykonawcy testów akceptacyjnych aparatu. | Tak |  |
| 23 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 24 | Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE, bądź Deklaracje Zgodności CE lub inne dokumenty równoważne. | Tak |  |
| 25 | Dokumenty upoważniające urządzenie do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa w tym m. in: paszport (z wprowadzoną datą uruchomienia i datą następnego przeglądu dd-mm-rr), karta gwarancyjna, potwierdzenie, że dostarczane urządzenie medyczne jest dopuszczone do obrotu i stosowania w służbie zdrowia zgodnie z obowiązującymi przepisami, instrukcje obsługi, opisy techniczne, w przypadku urządzeń lub elementów urządzenia wymagających tego – zasady przeprowadzania procesów dekontaminacji (mycie, dezynfekcja i sterylizacja). | Tak |  |
| 26 | Czas reakcji na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji max. do 48 godzin (dotyczy dni roboczych). | Tak |  |
| 27 | Maksymalny czas usuwania awarii – 3 dni robocze. | Tak |  |
| 28 | Autoryzowany serwis w okresie gwarancji | Tak |  |
| 29 | Siedziba serwisu gwarancyjnego (podać nazwę i dane kontaktowe) | Podać |  |
| 30 | Broszura lub inny dokument równoważny zawierający wykaz parametrów technicznych producenta potwierdzający wszystkie wymagane parametry, opisane przez Zamawiającego | Tak |  |