

Pakiet nr II. Aparat kriochirurgiczny**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

Nazwa/ typ urządzenia fabrycznie nowego:.....

Kraj pochodzenia:.....

Producent:.....

Siedziba Producenta:.....

l.p.	PARAMETR/WARUNEK	PARAMETR
1.	Zasilanie - Aparat nieelektryczny	Tak
2.	Czynnik roboczy - Podtlenek azotu (N ₂ O), lub dwutlenek węgla (CO ₂) w stalowych butlach ciśnieniowych	Tak
3.	Ciśnienie pracy w zakresie 3,5 ÷ 5 MPa	Tak
4.	Ciśnienie maksymalne – 5,5 Mpa	Tak
5.	Ciężar aparatu ok. 5 kg	Tak
6.	Aparat ze ssakiem umożliwiającym wykonywanie zabiegów proktologicznych przy użyciu ligatora	Tak
7.	Aparat wyposażony w mobilną obudowę butli, przystosowaną do butli o pojemności 10 litrów, z możliwością stabilnego zainstalowania aparatu na obudowie	Tak
8.	Wskaźnik przepływu przez sondę	Tak
9.	Manometr (wskaźnik ciśnienia pracy)	Tak
10.	Pokrętło regulacji ciśnienia w sondzie	Tak
11.	Pedał sterujący	Tak
12.	Możliwość podłączenia (i pracy) sond kriochirurgicznych dla różnych specjalności medycznych (np. ginekologia, dermatologia, flebologia, proktologia, laryngologia)	Tak
13.	Okres pełnej gwarancji na oferowane urządzenie min. 24 m-ce	Tak
14.	Szkolenie personelu (certyfikat potwierdzający przeszkolenie personelu) przez Oferenta	Tak
15.	Certyfikat CE, deklaracja zgodności	Tak
16.	Gwarantowana dostępność części zamiennych 10 lat	Tak
17.	Instrukcja obsługi w języku polskim	Tak
18.	Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny prowadzony przez Oferenta	Tak
19.	W trakcie trwania gwarancji 2 bezpłatne przeglądy	Tak
20.	Wyposażenie: Ligator – 1 szt. Sonda natryskowa (wersja ginekologiczna) -1 szt. Sonda kontaktowa – 1 szt. – średnica wyboru przez lekarza	Tak

UWAGA! Niespełnienie któregokolwiek z wyżej wymienionych parametrów, lub brak dowodu na jego istnienie skutkować będzie odrzuceniem oferty.

Treść oświadczenia wykonawcy:

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza typowymi, znormalizowanymi materiałami eksploatacyjnymi i przygotowaniem adaptacyjnym pomieszczenia).

....., dn.

miejsowość

.....

pieczęć i podpis osoby(osób) uprawnionej(nych)
do reprezentowania Wykonawcy