**Załącznik nr 2. Formularz parametrów technicznych.**

**Zadanie nr 1. Resektoskop.**

Producent ……………

Nazwa i typ ……………

Kraj pochodzenia ……………

Rok produkcji……………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp** | **Parametr wymagany** | **Opisać parametr oferowany** |
| Pełnoprzepływowy płaszcz 26 Charr: | | |
| 1. | Przekrój okrągły. |  |
| 2. | Płaszcz zewnętrzny rozmiar 26 Charr, w części dystalnej 8 rzędów otworów, oznaczenie kolorystyczne żółte. |  |
| 3. | Płaszcz wewnętrzny rozmiar 24 Charr na zatrzask, część dystalna szara, nieobrotowy, nieobrotowy, oznaczenie kolorystyczne żółte. |  |
| 4. | W zestawie obturator, oznaczenie kolorystyczne żółte. |  |
| 5. | Oznaczenie rozmiaru na płaszczy zewnętrznym i wewnętrznym. |  |
| 6. | Przeznaczony do współpracy z optyką endoskopową posiadaną przez Zamawiającego – średnica 4 mm, 30 stopni, długość 302 mm. |  |
| 7. | W pełni autoklawowalny. |  |
| 8. | Dwa zawory typu Luer do ciągłego przepływu, metalowe. |  |
| Element pracujący aktywny: | | |
| 9. | Uchwyt zamknięty z otwartym miejscem na palec wskazujący i palec mały, szary. |  |
| 10. | Obrotowy uchwyt na kciuk, czarny. |  |
| 11. | Wprowadzenie złącza przewodu do dołu. |  |
| 12. | Elektroda mocowana na zatrzask. |  |
| 13. | W zestawie obturator. |  |
| Kabel wysokiej częstotliwości, monopolarny: | | |
| 14. | Kompatybilny z zaoferowanym elementem roboczym. |  |
| 15. | Kompatybilny z posiadaną przez Zamawiającego diatermią Bowa. |  |
| 16. | Wtyk 4 mm. |  |
| Elektrody z uchwytem mocującym do elementu pracującego: | | |
| 17 | Oznaczenie kolorystyczne: żółte. |  |
| 18. | Kulka 5 mm. |  |
| 19. | Kulka 3 mm. |  |
| 20. | Pętla 30 stopni. |  |
| 21. | Instrukcja obsługi w języku polskim. |  |
| 22. | Zgłoszenie/wpis wyrobu medycznego, świadectwo jakości, deklaracje zgodności (dołączyć na wezwanie zamawiającego). |  |
| 23. | Gwarancja minimum 12 miesiący. |  |
| 24. | Serwis gwarancyjna i pogwarancyjny –podać adres, tel. |  |

Wartość oferty netto ………….. zł, słownie: …………………………………………………………..

Podatek VAT …………… zł, słownie: ………………………………………………………………...

Wartość oferty brutto …………. zł, słownie: …………………………………………………………..

|  |  |
| --- | --- |
| Cena brutto jednej roboczogodziny bez dojazdu serwisu pogwarancyjnego wyniesie …… %  minimalnego wynagrodzenia brutto w danym roku, tj. …………. zł.  Koszt serwisowania urządzenia z niezbędną wymianą podzespołów w okresie 12 miesięcy wyniesie ……  …………. zł brutto. | |
| ………………………………………. ……………………………………..  miejscowość i data podpis i pieczęć Wykonawcy  **Zadanie nr 2. Videolaryngoskop APA z monitorem 3,5’’**  Producent ……………  Nazwa i typ ……………  Kraj pochodzenia ……………  Rok produkcji……………..   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Lp** | **Parametr wymagany** | **Opisać parametr oferowany** | | 1. | Wideolaryngoskop bezprzewodowy o budowie modułowej składający się z:  - zasilanego akumulatorem z możliwością ładowania kolorowego wyświetlacza LCD 3,5 cala, obrotowego w płaszczyźnie pionowej ze wskaźnikiem LED naładowania baterii, z wyjściem TV i video, z rękojeści wykonanej z medycznego termoplastycznego elastomeru z łożem dla baterii AA oraz prowadnicy toru wizyjnego wykonanej ze stali nierdzewnej, z kamerą CMOS oraz źródłem światła (wysokowydajne diody LED). |  | | 2. | Gotowy do natychmiastowego użytku po włączeniu zasilania. |  | | 3. | W zestawie ładowarka. |  | | 4. | Jednorazowa łyżka typu MAC:  - rozmiar 3 – 20 sztuk,  - rozmiar 4 – 20 sztuk,  - rozmiar DAB – 4 sztuki. |  | | 5. | Gwarancja minimum 12 miesięcy. |  | | 6. | Zgłoszenie/wpis wyrobu medycznego, świadectwo jakości, deklaracje zgodności (dołączyć na wezwanie zamawiającego). |  | | 7. | Instrukcja obsługi w języku polskim. |  | | 8. | Serwis gwarancyjna i pogwarancyjny –podać adres, tel. |  | |

Wartość oferty netto ………….. zł, słownie: …………………………………………………………..

Podatek VAT …………… zł, słownie: ………………………………………………………………...

Wartość oferty brutto …………. zł, słownie: …………………………………………………………..

|  |
| --- |
| Cena brutto jednej roboczogodziny bez dojazdu serwisu pogwarancyjnego wyniesie …… %  minimalnego wynagrodzenia brutto w danym roku, tj. …………. zł.  Koszt serwisowania urządzenia z niezbędną wymianą podzespołów w okresie 12 miesięcy wyniesie ……  …………. zł brutto. |

………………………………………. ……………………………………..

miejscowość i data podpis i pieczęć Wykonawcy