Formularz parametrów wymaganych i ocenianych

**Część nr 5 - Urządzenie do elektrokoagulacji**

**Model …………………………………………………………………………………………………….**

**Producent …………………………………………………………………..............................................**

**Kraj pochodzenia ……………………………………………………………………………………….**

**Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji ………………………………………………………….**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Opis parametrów** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** | **Punktacja** |
| **Urządzenie do elektrokoagulacji**  |
| 1 | Cięcia zwykłe 130 W/150 Ohm 1,5 | Tak |  |  |
| 2 | Cięcia twarde 130W/450 Ohm 1,6 | Tak |  |  |
| 3 | Miękka koagulacja 130W/50 Ohm 1,5 | Tak |  |  |
| 4 | Forsowna koagulacja 100W/600 Ohm 3.8 | Tak |  |  |
| 5 | Bi koagulacja 130W/50 Ohm 1.5 | Tak |  |  |
| 6 | Częstotliwość robocza 4 MHz | Tak |  |  |
| 7 | Częstotliwość modulacji 33 MHz | Tak |  |  |
| 8 | Bezpieczeństwo pacjenta: NEMSY | Tak |  |  |
| 9 | Aktywacja poprzez podwójny przełącznik nożny oraz uchwyt elektrod monopolarnych | Podać i opisać inne |  | Tak - 20 pkt.Inne - 0 |
| 10 | Klasa bezpieczeństwa MDD klasa I/Iib | Tak |  |  |
| 11 | Wymiary: 280x430x150 mm  | Tak |  |  |
| 12 | Waga: 13 kg | Podać |  | Do 13 kg - 5 pkt.Pow. 13 kg - 0 pkt. |
| **GWARANCJA I SERWIS** |
| 13 | Wymagana gwarancja – **24 miesiące** - zgodnie z warunkami określonymi w projekcie umowy. | Tak, podać |  |  |
| 14 | Do każdego urządzenia powinny być załączonenastępujące dokumenty:* Instrukcja w języku polskim
* Wykaz dostawców części zamiennych i materiałów eksploatacyjnych - Dokument o którym mowa w Ustawie o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r., Art. 90, ust. 3

Wykaz podmiotów obsługi serwisowej - Dokument o którym mowa w Ustawie o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r., Art. 90, ust. ust. 4 | Tak |  |  |