

Załącznik nr 1.1 do siwz – Formularz Szczegółowy Oferty

Oznaczenie postępowania: DA.ZP.242.91.2017

OPIS PRZEDMITU ZAMÓWIENIA – Pakiet nr 1

Insuflatora z akcesoriami – 1 szt

Producent: _____

Model/Typ: _____

Rok produkcji (wymagany 2017) _____

Część A: ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)	Wartość wymagana	Parametr oferowany (opisać lub wpisać TAK/NIE)
I.	Insuflator z wbudowanym systemem usuwania dymu wykorzystujący zestawy jednorazowych bezzastawkowych trokarów optycznych i jednorazowych filtrów	TAK	
1.	Urządzenie posiadające trzy funkcje: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dostarczenie CO2 ➤ Utrzymywanie stabilnej odmy brzusznej ➤ Ewakuacja dymu w trakcie zabiegu laparoskopowego ➤ Funkcje, mogą być uaktywniane zarówno razem jak i osobno 	TAK	
2.	Urządzenie posiadające zamknięty obieg dostarczonego gazu (CO2)	TAK/NIE	
3.	Zakres ciśnienia wejściowego min. 3,4 – 80 bar.	TAK (podać)	
4.	Wartość przepływu 40 sl/min.	TAK	
5.	Zakres wartości ciśnienia od 5 do 20 (mmHg)	TAK (podać)	
6.	Zakres wartości przepływu od 1 do 40 (l/min)	TAK (podać)	
7.	Blokada przed przypadkowym rozłączeniem z zestawem kanikuli	TAK	
8.	Możliwość wymiany pustego pojemnika dwutlenku węgla przy zachowaniu stałego ciśnienia w jamie brzusznej pacjenta w trakcie wykonywania zabiegu.	TAK	
9.	Alarm ostrzegawczy o przenikaniu płynu (cieczy) przez barierę filtra (zabezpieczenie przed kontaminacją insuflatora).	TAK	

10.	Zakres dokładności wskazań pomiędzy wartościami nominalną a aktualną – ciśnienia ± 1 mmHg	TAK (podać)	
11.	Zakres dokładności wskazań pomiędzy wartościami nominalną a aktualną – przepływ $\pm 2,5$ mmHg	TAK (podać)	
12.	Maksymalny poziom głośności max 71 dB	TAK (podać)	
13.	Rozmiar urządzenia (szer/wys/głęb) max 420x220x470 (mm)	TAK (podać)	
14.	Waga urządzenia max 26 kg	TAK (podać)	
15.	Trójświatłowe kaniule z filtrem i bezzastawkowe trokary optyczne 8/100 mm i 12/100 mm	TAK	
16.	Waż wysokociśnieniowy do insuflatora podłączenie typu DIN	TAK	

- Wykonawca oświadcza, że oferowany powyżej wyspecjalizowany sprzęt medyczny i wszystkie jego podzespoły są fabrycznie nowe, nie używane, nie były przedmiotem wystaw i prezentacji, a po dostarczeniu i zamontowaniu przez Wykonawcę będą gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów i dostaw.
- Parametry, których wartość określona jest jako „TAK” i „wymagane” stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
- W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta sprzętu.

Część B: FORMULARZ CENOWY

Numer pozycji	Nazwa sprzętu	Ilość	Cena jednostkowa		Wartość		VAT
			netto	brutto	netto	brutto	%
1	Insuflator z akcesoriami (zgodny z parametrami określonymi w części A) (nazwa, model)	1 sztuka					
RAZEM							

..... dnia

.....
/podpis i pieczętka upoważnionego przedstawiciela /