**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 |  |
|  | Urządzenie posiadające trzy funkcje:* Dostarczenie CO2
* Utrzymywanie stabilnej odmy brzusznej
* Ewakuacja dymu w trakcie zabiegu laparoskopowego
* Funkcje, mogą być uaktywniane zarówno razem jak i osobno
 | TAK |  |
|  | Urządzenie posiadające zamknięty obieg dostarczonego gazu (CO2) | TAK/NIE |  |
|  | Zakres ciśnienia wejściowego min. 3,4 – 80 bar. | TAK (podać) |  |
|  | Wartość przepływu 40 sl/min. | TAK |  |
|  | Zakres wartości ciśnienia od 5 do 20 (mmHg) | TAK(podać) |  |
|  | Zakres wartości przepływu od 1 do 40 (l/min) | TAK(podać) |  |
|  | Blokada przed przypadkowym rozłączeniem z zestawem kanikuli | TAK |  |
|  | Możliwość wymiany pustego pojemnika dwutlenku węgla przy zachowaniu stałego ciśnienia w jamie brzusznej pacjenta w trakcie wykonywania zabiegu. | TAK |  |
|  | Alarm ostrzegawczy o przenikaniu płynu (cieczy) przez barierę filtra (zabezpieczenie przed kontaminacją insuflatora). | TAK |  |
|  | Zakres dokładności wskazań pomiędzy wartościami nominalną a aktualną – ciśnienia ± 1 mmHg  | TAK(podać) |  |
|  | Zakres dokładności wskazań pomiędzy wartościami nominalną a aktualna – przepływ ± 2,5 mmHg | TAK(podać) |  |
|  | Maksymalny poziom głośności max 71 dB | TAK(podać) |  |
|  | Rozmiar urządzenia (szer/wys/głęb) max 420x220x470 (mm) | TAK(podać) |  |
|  | Waga urządzenia max 26 kg | TAK(podać) |  |
|  | Trójświatłowe kaniule z filtrem i bezzastawkowe trokary optyczne 8/100 mm i 12/100 mm | TAK |  |
|  | Wąż wysokociśnieniowy do insuflatora podłączenie typu DIN | TAK |  |

1. 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.
2. Parametry, których wartość określona jest jako „TAK” i „wymagane” stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. 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 pieczątka upoważnionego przedstawiciela* /