**Opis przedmiotu zamówienia**

**Zakup i dostawa aparatu do kriochirurgii wraz z wyposażeniem dla**

**Poradni Leczenia Bólu w SP ZOZ MSWiA w Koszalinie**

1. **Aparat do kriochirurgii**

Nazwa i typ: …………………………………………………

Producent: …………………………………………………

Kraj produkcji: …………………………………………………

Rok produkcji: …………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis parametru | Parametr wymagany (graniczny) | Parametr oferowany, opisać wartości oferowane |
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe | TAK |  |
| 2. | Zasilanie elektryczne | 100 / 240 V (50/60 Hz) AC |  |
| 3. | Klasa bezpieczeństwa elektrycznego | I, Stopień: B |  |
| 4. | Maksymalny pobór mocy | 150 VA |  |
| 5. | Bezpieczniki | 2 sztuki 1,25A / 250V, Ø5x20 zwłoczne |  |
| 6. | Klasa IP obudowy | IP 21 |  |
| 7. | Czynnik roboczy  | Podtlenek azotu (N2O) lub dwutlenek węgla (CO2) w stalowych butlach ciśnieniowych |  |
| 8. | Ciśnienie robocze | 50/65 bar CO238/53 bar N2) |  |
| 9. | Ciśnienie maksymalne | 70 bar CO255 bar N2O |  |
| 10. | Tryb pracy | AUTORĘCZNY |  |
| 11. | Minimalna temperatura końcówki roboczej | Do – 88oC |  |
| 12. | Wymiary aparatu | Podać |  |
| 13. | Ciężar aparatu | Max. 13kg |  |
| 14. | Ekran dotykowy | LCD max. 9” |  |
| 15. | Miernik ciśnienia gazu w sondzie | Na ekranie |  |
| 16. | Miernik przepływu gazu przez sondę  | Na ekranie |  |
| 17. | Pokrętło uniwersalne do regulacji przepływu gazu oraz prądu stymulacji | TAK |  |
| 18. | Pedał sterujący dwuprzyciskowy | TAK |  |
| 19. | Aparat z funkcją automatycznego czyszczenia sond (krioaplikatorów) w przypadku ich niedrożności, umożliwiająca czyszczenie ich, bez konieczności odłączania przewodów od sondy ani od aparatu | TAK |  |
| 20. | Aparat znajduje zastosowanie w wielu specjalnościach medycznych: ginekologia, leczenie bólu, neurochirurgia, okulistyka, laryngologia, flebologia, urologia | TAK |  |
| 21. | Urządzenie wyposażone w system RFID (elektroniczna komunikacja urządzenia z sondą), który gwarantuje bardziej efektywne i precyzyjne mrożenie (aparat automatycznie dostosowuje parametry do charakterystyki sondy) | TAK |  |
| 22. | Urządzenie wyposażone w system wstępnego czyszczenia sondy, który sprawdza przepływ na niskim ciśnieniu przepływu podczas wstępnego mrożenia i automatycznie wykonuje czyszczenie, jeśli jest taka potrzeba | TAK |  |
| 23. | Aparat można wyposażyć w sondy o różnych kształtach i wielkościach, przeznaczone dla wielu specjalności medycznych. | TAK |  |
| 24. | Dostępność sond jednorazowych i wielorazowych | TAK |  |
| 25. | Z urządzeniem współpracują sondy kontaktowe do kriolezji do poziomów: guzicznego, krzyżowo biodrowego oraz lędźwiowego, które są wykorzystywane najczęściej do ww. procedur, a także dające możliwość wykonania procedury neurostymulacji | TAK |  |
| 26. | Menu aparatu daje możliwość wyboru sekwencji mrożenia, który zapewnia zaprogramowanie czasu i wykonanie pełnego cyklu mrożenie – rozmrażanie - mrożenie | TAK |  |
| 27. | Urządzenie jest wyposażone w kolorowy wyświetlacz, na którym przedstawiane są dokonane ustawienia i parametry oraz wydaje informacyjne komunikaty głosowe | TAK |  |
| 28. | Aparat wyposażony jest w możliwość przeprowadzenia neurostymulacji czuciowej i ruchowej | TAK |  |
| 29. | Amplituda prądu neurostymulacji w zakresie  | 0 - 5 mA |  |
| 30. | Częstotliwość neurostymulacji:- dla stymulacji ruchowej- dla stymulacji czuciowej | 1, 2 Hz50, 100, 150, 200 Hz |  |
| 31. | Szerokość impulsu neurostymulacji | 0,1; 0,2; 0,5; 1,0; 2,0 ms |  |
| 32. | Uruchomienie neurostymulacji sygnalizowane jest przez sygnał dźwiękowy o częstotliwości stymulacji | TAK |  |
| 33. | Okres gwarancji | Min. 24 miesiące |  |
| 34. | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny | TAK |  |
| 35. | Przeglądy okresowe:- pierwszy przegląd wymagany jest po trzech latach od momentu zakupu urządzenia,- kolejne przeglądy wykonywane są co roku | TAK |  |
| 36. | Szkolenie personelu | TAK |  |
| 37. | Certyfikat CE, deklaracja zgodności | TAK |  |
| 38. | Gwarantowana dostępność części zamiennych | Min. 10 lat |  |
| 39. | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |

1. **Wyposażenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Parametry | Parametr wymagany (graniczny) | Parametr oferowany, opisać wartości oferowane |
| Sonda do kriochirurgii – 5 szt. |
| 40. | Rozłączna z neurostymulacji T | Podać numer referencyjny |  |
| 41. | Długość  | 150 mm |  |
| 42. | Średnica | 3,0 mm (14G) |  |
| 43. | Końcówka mrożąca | 10 mm |  |
| Wózek do aparatu i butli |
| 44. | Wózek kompatybilny z aparatem | TAK |  |
| 45. | Posiadający trzy półki | TAK |  |

\*Oferta nie spełniająca wymaganych parametrów (tj. udzielenie przez Wykonawcę choć jednej odpowiedzi „NIE”) podlega odrzuceniu.

Zatwierdzam:

 ……………………………………….

 *data i podpis Wykonawcy*