**Poprawiony załącznik nr 1A.5 do SIWZ**

**Zadanie nr 5: Opis parametrów wymaganych dla: Bronchofiberoskop z przenośnym źródłem światła – intubacyjny.**

|  |
| --- |
| **Specyfikacja techniczna - opis przedmiotu zamówienia** **(wymagane parametry)** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Sprzęt** | **Liczba sztuk** |
|  | **BRONCHOFIBEROSKOP Z PRZENOŚNYM ŹRÓDŁEM ŚWIATŁA-INTUBACYJNY** | **1kpl.** |
| **Producent………………………………………………** | **Model………………………………………………** |
| **l.p** | **Wymagania Zamawiającego** | **Potwierdzenie lub /Parametry oferowane (podać dokładne wartości)oraz nr strony w katalogu** |
|  | Rok produkcji 2017 |  |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy |  |
|  | Kąt widzenia min 90 ° |  |
|  | Kierunek widzenia 0 ° |  |
|  | Głębia ostrości 3 – 50 mm |  |
|  | Średnica zewnętrzna sondy wziernikowej min 5,1 mm |  |
|  | Średnica kanału roboczego min 2,5 mm |  |
|  | Zakres zginania końcówki góra min 160 ° dół min 130 ° |  |
|  | Długość robocza 600 mm |  |
|  | Endoskop wyposażony w źródło światła LED bezpośrednio podłączonego do endoskopu, pozwalające na przenoszenie endoskopu |  |
|  | Wyposażony w manometryczny tester szczelności |  |
|  | **WYMAGANIA DODATKOWE** |  |
|  | Gwarancja 24 miesiące na całość przedmiotu zamówienia |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych przez min. 8 lat od daty zakupu |  |
|  | W przypadku zgłoszenia usterki / awarii naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od daty zgłoszenia, z wyjątkiem awarii wymagających napraw poza Polską, których termin nie może przekroczyć 12 dni roboczych. |  |
|  | W przypadku wydłużenia czasu naprawy powyżej 5 dni roboczych wykonawca dostarczy sprzęt zastępczy o parametrach nie gorszych niż zaoferowany w okresie 7 dni od daty zgłoszenia awarii |  |
|  | Możliwość maksymalnie trzykrotnego wystąpienia tej samej usterki tego samego istotnego elementu/podzespołu przedmiotu zamówienia (o takich samych objawach) w przypadku czwartego uszkodzenia/usterki tego samego rodzaju wymiana uszkodzonego elementu/podzespołu przedmiotu zamówienia na nowy w terminie 30 dni od daty pozytywnego rozpatrzenia reklamacji |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego min. 3 osób w zakresie obsługi sprzętu przeprowadzone w siedzibie Zamawiającego w terminie uzgodnionym z Zamawiającym |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona wraz z urządzeniem |  |
|  | Dokumenty potwierdzające iż przedmiot zamówienia jest dopuszczony do użytku na terytorium RP zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, Ustawa o Wyrobach Medycznych z dnia 20 maja 2010 roku |  |
|  | Montaż i uruchomienie |  |

**POUCZENIE:**

W przypadku, gdy Wykonawca nie poda dokładnej wartości oferowanego parametru, a jedynie zamieści odpowiedź „TAK” lub „min./max.” Zamawiający uzna, że oferowany parametr ma wartość odpowiadającą wartości określonej przez Zamawiającego w kolumnie „Wymagania zamawiającego”.

....................................……..…… ………..………………………………………..……………………………

 (miejscowość, data) (pieczęć i podpis osoby / osób wskazanych w

 dokumencie, uprawnionej /uprawnionych do

występowania w obrocie prawnym, reprezentowania

Wykonawcy i składania oświadczeń woli w jego imieniu

Art. 297 § 1 KODEKSU KARNEGO: Kto, w celu uzyskania dla siebie lub kogo innego (…) zamówienia publicznego, przedkłada podrobiony, przerobiony, poświadczający nieprawdę albo nierzetelny dokument albo nierzetelne, pisemne oświadczenie dotyczące okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania (…) zamówienia, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.