

DO WSZYSTKICH ZAINTERESOWANYCH

dot. zapytania cenowego nr DA/AM-231-22/24 z dnia 26.03.2024r. **dot. zakupu sprzętu:**

Zad. 1 Audiometr – 1 szt.

Zad. 2 Diatermia chirurgiczna do radiochirurgii laryngologicznej – 1 szt.

Zad. 3 Fotel Laryngologiczny – 1 szt.

Zad. 4 Laser stomatologiczny – 1 szt.

Zad. 5 Lupa stomatologiczna – 2 szt.

Zad. 6 Tympanometr – 1 szt.

Zad. 7 Wieża Endoskopowa – tor wizyjny – 1 szt.

dla Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego Oddział w Gliwicach.

Zamawiający informuje, iż aktualizuje opis przedmiotu zamówienia dotyczący zakupu lasera stomatologicznego – zad. 4 (w załączeniu)

Jednocześnie Zamawiający wydłuża termin składania ofert cenowych do dnia 09.04.2024r.

KIEROWNIK
Działu Zarządzania
i Zmianami
mgr Urszula Kojcieszek

KIEROWNIK
Działu Aparatury Medycznej
inż. Weronika Smolarz

**Narodowy Instytut Onkologii
im. Marii Skłodowskiej-Curie –
Państwowy Instytut Badawczy
Oddział w Gliwicach**

ul. Wybrzeże Armii Krajowej 15
44-102 Gliwice

Dyrekcja
Tel.: +48 32 278 96 18

dyrektor@gliwice.nio.gov.pl
www.gliwice.nio.gov.pl

Centrala
Tel.: +48 32 278 88 88
Fax: +48 32 231 35 12

NIP: 5250008057
REGON: 000288366-00028

PARAMETRY TECHNICZNE

„Dostawa urządzeń dla Narodowego Instytutu Onkologii
im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowego Instytutu Badawczego
Oddziału w Gliwicach”

ZADANIE 4 - Laser stomatologiczny

Lp.	Parametry wymagane	Wartość wymagana	Parametry oferowane (należy potwierdzić spełnienie wymagań poprzez „TAK” lub tam gdzie to wymagane „Tak, podać” podać konkretnie zaoferowane parametry
A. PARAMETRY OGÓLNE			
1	Producent / Kraj	TAK podać	Producent _____ Kraj _____
2	Model / Typ (jeżeli posiada)	TAK podać	Model _____ Typ (jeżeli posiada, w przypadku gdy nie posiada wpisać nie posiada) _____
3	Urządzenie fabrycznie nowe (rok produkcji nie wcześniej niż 2023), kompletne i gotowe do użycia bez dodatkowych nakładów finansowych ze strony Zamawiającego	TAK	
B. CERTYFIKAT JAKOŚCI			
4	Oznakowanie znakiem CE- deklaracja zgodności lub certyfikat CE – dołączyć do oferty	TAK	
C. PODSTAWOWE PARAMETRY			
5	Zasilanie AC 230V 50/60Hz	TAK	
6	Kompaktowy wielofunkcyjny laser stomatologiczno-medyczny	TAK	
7	Wielofalowy laser diodowy o min 2 dł. Fali: - 650nm +- 10nm - 980nm +- 10nm moc min. 10W regulacja mocy lasera z skokiem ≤ 0,5W	TAK	
8	Tryby pracy – ciągła lub impulsowa	TAK	

801

9	Czas impulsu min – 0,05ms do 999ms	TAK	
10	Czytelny dotykowy wyświetlacz LCD min 7 cali o rozdzielczości min 1280x720	TAK	
11	Intuicyjne menu w języku polskim, do wyboru min 40 bezpiecznych protokołów zabiegowych zapewniających uniwersalność i komfort użytkownika lasera.		
12	<p>Sterownik z oprogramowaniem stomatologicznym umożliwiającym co najmniej:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dezynfekcja kanałów endo • koagulacja • kiretaż zamknięty • leczenie dziąseł • terapia stawów skroniowo-żuchwowych) • dezynfekcja kieszonek perio • chirurgia tkanek miękkich • leczenie chorób jamy ustnej • leczenie nadwrażliwości • wybielanie zębów • zabiegi biostymulacyjne • fotoaktywna dezynfekcja • bezpośrednie pokrycie miazgi/ pulpotomia- ablacja/ hemostaza 	TAK	
Wyposażenie			
13	Włącznik nożny (jeśli dostępny)	TAK/NIE (podać)	
14	Walizka na akcesoria (rękojeści, aplikatory itp.)	TAK	
15	Kabel zasilający	TAK	
16	Rękojeść zabiegowa do zabiegów endo,-perio- i mikrochirurgicznych z światłowodem. Możliwość dezynfekcji rękojeści i światłowodu ogólnie stosowanymi środkami dezynfekcyjnymi np.: Mikrozyd, Meliseptol, Oxivir Plus Spray	TAK	
17	Końcówki/nasadki do terapii stawów skroniowo-żuchwowych, biostymulacji, mikrochirurgii, fotoaktywnej dezynfekcji oraz wszystkich innych terapii wymienionych w pt. 12	TAK	
18	Min 60 Wymiennych końcówek w 3 grubościach 200,300,400 mikronów	TAK	
19	Światłouczulacze do procedur dezynfekcji min 3 opakowania jeśli wymagane	TAK/NIE (podać)	
20	Jednorazowe sterylne nasadki na rękojeść zabiegową min 250 szt		

21	Okulary ochronne – 20 par umożliwiające stosowanie przy zabiegach o min 2 długościach fal dostępnych w laserze stomatologicznym (w tym 1 szt. okularów uniwersalnych dla dziecka) Możliwość dezynfekcji okularów szeroko dostępnymi środkami dezynfekcyjnymi (bezalkoholowymi)	TAK	
D. Gwarancja i inne			
22	Gwarancja: 36 miesięcy	TAK	
23	Przeгляд/y w okresie gwarancji zgodnie z wymaganiami dokumentacji techniczno-eksploatacyjnej urządzenia wraz ze wszystkimi materiałami niezbędnymi do wykonania przeglądu zgodnie z zaleceniami producenta	TAK podać częstotliwość wymaganą przez producenta	
24	Szkolenie personelu medycznego z zakresu obsługi i konserwacji	TAK	
25	Szkolenie personelu technicznego z zakresu obsługi technicznej, konserwacji.	TAK	
26	Instrukcja obsługi urządzenia w języku polskim oraz w języku angielskim (jeżeli posiada) - dostarczona wraz z urządzeniem w formie papierowej oraz elektronicznej	TAK	
27	Dostawa, montaż i uruchomienie oraz sprawdzenie poprawności działania u użytkownika	TAK	

Wymagane parametry techniczne określone przez Zamawiającego w niniejszym druku są warunkami granicznymi. Nie spełnienie nawet jednego z ww. wymagań spowoduje odrzucenie oferty.

SPECYFIKACJA CENOWA

L.p.	Przedmiot zamówienia	j.m	Ilość	Cena jednostkowa netto	Wartość netto	VAT %	Wartość brutto
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Laser stomatologiczny	szt.	1				

Nazwa i dane adresowe Wykonawcy

_____, dnia _____
(miejscowość)

an

Załącznik: nr 4
Opis przedmiotu zamówienia

Nr spr. DA/AM-231-22/24
Gliwice, dnia 04.04.2024r.

Formularz należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.

Uwaga: Podpis osobisty to zaawansowany podpis elektroniczny o którym mowa w ustawie z dnia 6 sierpnia 2010 r. o dowodach osobistych.