**Załącznik nr 3 do SWZ – Opis przedmiotu zamówienia**

Instrukcja wypełniania załącznika nr 3:

1. Wykonawca sporządzając ofertę wypełnia jedynie kolumnę „**Parametry oferowanego urządzenia**”.

2. Wykonawca wypełnia wszystkie wiersze kolumny **„Parametry oferowanego urządzenia**” uwzględniając zapisy w poszczególnych wierszach i kolumnach poniższej tabeli.

3. Jeśli w kolumnie „**Parametr graniczny/wartość”** występuje zapis „**TAK”** to oznacza, iż Zamawiający bezwzględnie wymaga parametru podanego w kolumnie **„Opis wymaganych parametrów technicznych/pakiet”.** Wykonawca w celu potwierdzenia spełnienia parametru zobowiązany jest do wpisania słowa **„TAK”.**

4. W przypadku, gdy w kolumnie „**Parametr graniczny/wartość**” występuje zapis: „**podać; opisać; wymienić; wyszczególnić; itp.”** Wykonawca zobowiązany jest do podania; opisania; wymienienia; wyszczególnienia; itp. parametrów dla zaoferowanego produktu.

5. W przypadku, gdy w kolumnie **„Parametr graniczny/wartość”** występuje zapis: **„TAK, podać; TAK, opisać; TAK, wymienić; TAK, wyszczególnić; itp.”** to Wykonawca zobowiązany jest do wpisania słowa **„TAK”** oraz do podania; opisania; wymienienia; wyszczególnienia; itp. parametrów dla zaoferowanego produktu.

6. W przypadku, gdy w kolumnie **„Parametr graniczny/wartość”** występuje zapis **„TAK/nie”** Wykonawca przypadku spełniania lub niespełniania parametru wpisuje odpowiednio słowo **„TAK”** lub **„nie”.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PAKIET IV - Laserowa drukarka do kaset VEGA - 1 sztuka** |  | **CPV: 38000000-5**  |
| 1 | nazwa produktu | podać |   | – |
| 2 | numer katalogowy produktu lub grupy | podać |   | – |
| 3 | producent | podać |   | – |
| 4 | produkt fabrycznie nowy, nie demonstracyjny, nie powystawowy, rok produkcji, min. 2024 | TAK |   | – |
| 5 | laserowa drukarka z oprogramowaniem i bezterminową licencją do znakowania kaset histopatologicznych | TAK |   | – |
| 6 | nadruk na jednej stronie kasetki - od frontu | TAK |   | – |
| 7 | całkowity czas drukowania, max. 5 [sek.] (w tym min. cyfry, litery, kod data MATRIX/logo) | TAK, podać |   | [2,1] |
| 8 | możliwość użycia, min. 100 znaków w kodzie Data MATRIX | TAK, podać |   | – |
| 9 | druk odporny na odczynniki chemiczne stosowane w procesie histopatologicznym | TAK |   | – |
| 10 | druk laserowy | TAK |   | – |
| 11 | kolor wydruku ciemnoszary (bardzo wyraźny i czytelny) na kasetkach histopatologicznych dedykowanych do drukarki | TAK |   | – |
| 12 | min. 6 automatycznie zmieniających się podajników o łącznej pojemności min. 480 kasetek, wydajność min. 720 kasetek na godzinę | TAK, podać |   | – |
| 13 | rozdzielczość druku: min. 600 [dpi] | TAK, podać |   | [1,3] |
| 14 | powierzchnia nadruku: max. 28,5 x 7,2 [mm] | TAK, podać |   | – |
| 15 | bezzapachowa, wolna od ozonu, cicha praca wyrobu (druk bezszmerowy) | TAK |   | – |
| 16 | komunikacja drukarki z systemem informatycznym zakładu | TAK |   | – |
| 17 | możliwość doposażenia w dodatkową tacę z zestawem min. sześciu podajników do dodatkowego uzupełniania kasetek poza urządzeniem i drukowania na różnych typach, kolorach kasetek | TAK, podać |   | – |
| 18 | drukarka wyposażona w czujnik pozycji kasetki pozwalający na równomierne rozmieszczenie nadruku na powierzchni kasetki | TAK |   | – |
| 19 | kolorystyczne oznakowanie stanu pracy urządzenia: - podświetlenie urządzenia na kolor niebieski – urządzenie gotowe do drukowania - podświetlenie urządzenia na kolor zielony– drukowanie- podświetlenie urządzenia na kolor żółty – pauza- podświetlenie urządzenia na kolor czerwony – sygnalizacja błędu - podświetlenie urządzenia na kolor fioletowy– restart - podświetlenie urządzenia na kolor pomarańczowy – zatrzymanie pracy  | TAK |   | – |
| 20 | możliwość doposażenia min. 2 różne typy odbiorników kasetek – sorter z szufladkowym odbiornikiem na min. 25 kasetek oraz sorter typu duo pozwalający na rozdzielane drukowanych kasetek na 2 osobne tace odbiorcze – możliwość ustawienia jednej drukarki do kasetek pomiędzy dwoma niezależnymi stanowiskami pobierania materiału  | TAK, podać |   | – |
| 21 | trwałość lasera, min. 72 mln kasetek | TAK |   | [1,3] |
| 22 | urządzenie nie generujące dodatkowych kosztów związanych z koniecznością zakupu dodatkowych materiałów eksploatacyjnych takich jak taśmy, głowice drukujące, lampa UV, filtry | TAK |   | – |
| 23 | interfejs komunikacyjny: USB B | TAK |   | – |
| 24 | moc, max. 70 [W] | TAK |   | – |
| 25 | wymiary, max. (szer. x gł. x wys.) 280 x 620 x 580 [mm] | TAK |   | – |
| 26 | moc lasera, min. 2,2 [WAT] | TAK |   | – |
| 27 | waga, max. 27 [kg] | TAK |   | – |
| 28 | pełna integracja i kompatybilność zamawianej drukarki do kaset VEGA z systemem operacyjnym PatARCH posiadanym przez Zamawiającego w aktualnie posiadanej wersji oprogramowania (4.3.15a), tj. zarówno przepływ informacji z systemu do drukarki ( w zakresie min. zaprogramowany kolor kasetki, kod QR) jak również w drugą stronę (min. informacja zwrotna o statusie wydruku, nadanie numeru kasetki) oraz, o ile wystąpi, ewentualnym błędzie wydruku (min. zdublowanie kasetki) | TAK |   | – |
| **Warunki gwarancji i serwisu** |   |   |   |
| 29 | okres gwarancji od daty podpisania protokołu odbioru, min. 24 [mies.] | TAK, podać |   | – |
| 30 | w okresie udzielonej gwarancji bezpłatne, bez konieczności wzywania przez Zamawiającego, przeglądy okresowe (obejmujące bezpłatny dojazd i robociznę), min. 1 na rok (tj. pierwszy przegląd przed upływem 365 dni liczonych od daty podpisania protokołu) lub inaczej ale zgodnie z zaleceniami producenta - w przypadku przeglądów zgodnie z zaleceniami producenta należy dostarczyć w dniu podpisania protokołu odbioru końcowego pismo z zaleceniami producenta w tym zakresie (potwierdzone za zgodność z oryginałem). W okresie udzielonej gwarancji po stronie Wykonawcy leży zapewnienie terminowego wykonania kolejnego przeglądu - przed upływem daty ważności ostatniego wykonanego przez Niego przeglądu  | TAK, podać częstotliwość przeglądów  |   | – |
| 31 | gwarantowany czas przystąpienia do naprawy, max. 72 [h] od zgłoszenia konieczności naprawy | TAK, podać |   | – |
| 32 | gwarantowany czas naprawy, max. 7 dni od daty zgłoszenia konieczności naprawy | TAK, podać |   | – |
| 33 | nazwa serwisu, adres, nr telefonu i faksu, osoba kontaktowa | podać |   | – |
| **Inne** |   |   |   |
| 34 | szkolenie personelu z obsługi (miejsce: siedziba Zamawiającego, czas i ilość osób: do ustalenia przed szkoleniem) | TAK |   | – |
| 35 | produkt posiadający deklarację zgodności - deklaracja zgodności w języku polskim lub angielskim dostarczona przy dostawie | TAK |   | – |
| 36 | instrukcja obsługi do każdego egzemplarza oferowanego urządzenia w języku polskim oraz dodatkowa instrukcja obsługi (obowiązkowo wersja elektroniczna) dla Działu Inżynierii Klinicznej - przy dostawie | TAK |   | – |
| 37 | w ramach oferty Wykonawca zobowiązany jest po dokonanej instalacji do niezwłocznego odebrania wszelkich opakowań (palet, kartonów, folii, taśm, etc.) po zainstalowanym sprzęcie i ich utylizacji we własnym zakresie i na własny koszt | TAK |   | – |
| 38 | wszelkie czynności i koszty związane z dostarczeniem, wniesieniem, montażem, uruchomieniem oferowanego w pakiecie przedmiotu zamówienia leżą po stronie Wykonawcy | TAK |   | – |