

„Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

DZP.381.72A.2023

Załącznik nr 4A

**FORMULARZ DO OCENY W KRYTERIUM OCENY OFERT PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

Urządzenie do termoablacji

Sprzęt dedykowany do termoablacji mikrofalowej guzów wątroby 1 szt.

Producent, nazwa i typ: zgodnie z wypełnionym formularzem ofertowym.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.z zał. 4** | **Opis parametru, funkcji** | **PUNKTACJA**  | **Wartość oferowana przez Wykonawcę** |
| 4 | Dwa niezależne kanały wyjściowe o łącznej mocy 150W | TAK/NIETAK – 5 pkt.NIE – 0 pkt | Wpisać……. |
| 5 | Dokładność ustawienia wartości energii wyjściowej: +/- 5% | TAK/NIETAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. | Wpisać……. |
| 7 | Dokładność częstotliwości generatora: +/- 10 MHZ | TAK/NIETAK – 2pkt.NIE – 0 pkt. | Wpisać……. |
| 9 | Wbudowana pompa chłodząca gwarantująca stabilny przepływ wody lub soli fizjologicznej | TAK/NIEPompa wbudowana w urządzenie – 5 pkt.Pompa wolnostojąca – 0 pkt. | Wpisać……. |
| 14 | Dostępne skalowane jednorazowe anteny na dwóch długościach obszaru emisji (26/31 mm) | TAK/NIETAK – 2pkt.NIE – 0 pkt. | Wpisać……. |
| 16 | Maksymalna średnica anteny : 13 G | TAK/NIEŚrednica anteny 14 G i więcej [G] -- 5 pkt.13 G– 0 pkt. | Podać …………. |
| 17 | Maksymalny czas trwania ablacji przy jednym nastawieniu: 15 min | TAK/NIEdo 10 min - 5 pkt.powyżej 10 min – 0 pkt. | Podać …………. |
| 18 | Czas ablacji ustawiany z dokładnością 30 sekundową i 1 min | TAK/NIETAK – 2pkt.NIE – 0 pkt. | Wpisać……. |