## Formularz wymaganych warunków technicznych - 2019/EL/15125

Składając ofertę w postępowaniu oferujemy dostawę**wymiennych wkładek odbytniczych (szersze - mniej podatne na uszkodzenia) pasujących do trenażera do badania per rectum M92 firmy Kyoto Kagaku  – 13 szt.** spełniających poniższe wymagania:

| **Lp.** | Parametr lub opis wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia | **Wymagana funkcjonalność** **lub wartość graniczna parametru** | **Tak / Nie****lub****oferowane wartości**  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***1*** | 2 | ***3*** | ***4*** |
| **Wymienne wkładki – 13 szt. do trenażera do badania per rectum M92 firmy Kyoto Kagaku** |
| **Producent (marka) ……………………………….………………………………………………** *(Należy podać)***Model ……………………………………………………….….………..………………………...** *(Należy podać)***Numer katalogowy ……………………………………………...…………...……** *(Należy podać jeżeli dotyczy)***Kraj pochodzenia...…………………….….………………..…………………………….………** *(Należy podać)***Produkty fabrycznie nowe, wyprodukowane w 2019 r.** |
|  | Wymienne wkładki  | Wymienne wkładki odbytnicze (szersze - mniej podatne na uszkodzenia) pasujące do trenażera do badania per rectum M92 firmy Kyoto Kagaku, będących w posiadaniu przez Zamawiającego.  | Tak / Nie(niepotrzebne skreślić) |
| 2. | Cechy modelu i funkcje treningowe | \* wymienny moduł nr **11269-110 – 4 szt**. – odbytnica normalna  \* wymienny moduł nr **11269-120 – 3 szt**. – odbytnica z małym nowotworem \* wymienny moduł nr **11269-130 – 3 szt**. – odbytnica z dużym nowotworem \* wymienny moduł nr **11269-140 – 3 szt**. – odbytnica z polipami *lub wkładki równoważne spełniające poniższe parametry:**wymienne moduły odbytnicy (szersze - mniej podatne na uszkodzenia) pasujące do trenażera do badania per rectum M92 firmy Kyoto Kagaku*,**Cechy funkcjonalne**:* palpacyjne rozpoznawanie chorób odbytnicy u kobiet i mężczyzn,
* palpacyjne badanie prostaty,
* wyczuwalność naturalnego oporu zwieracza ścianek odbytnicy
* badanie kanału odbytu na głębokości do min. 6 cm
* możliwość badania z użyciem rektoskopu
* odbytnica normalna, odbytnica ze zmianami patologicznymi charakterystycznymi dla występowania polipa i zmian nowotworowych
 | Tak / Nie(niepotrzebne skreślić) |

...............................................

*(miejscowość, data)*

................................................................

*(podpis i pieczątka osoby/osób uprawnionej*

*do występowania w imieniu Wykonawcy)*