Zał. Nr 1.10. do SIWZ

|  |
| --- |
| Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia / **Oświadczenie Wykonawcy o parametrach / funkcjach posiadanych przez oferowany przedmiot zamówienia** |

Wykonawca zobowiązany jest uzupełnić wszystkie tabele o dane wymagane przez Zamawiającego!!!

**\*UWAGA:** W przypadku, gdy wykonawca nie poda pełnego katalogu wymaganych informacji złożona oferta będzie podlegać odrzuceniu na podstawie art. 89 ust. 1 pkt. 2 ustawy pzp.

|  |
| --- |
| **Część 10:**  **SPECJALISTYCZNY SPRZĘT MEDYCZNY NR 2** |

W TYM:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LAMPA CZOŁOWA LARYNGOLOGICZNA** | | | |
| **ILOŚĆ: 1 SZT.** | | | |
| **Wypełnia wykonawca:** | | | |
| TYP | MODEL | PRODUCENT | KRAJ POCHODZENIA |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Obligatoryjne minimalne (wymagane) parametry lub funkcje** | **j.m.** | **Ilość** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **TAK/NIE\*** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Natężenie światła min. 180 000 lux |  |  | TAK / NIE \* |
| 2 | Temperatura barwowa min. 4800 K |  |  | TAK / NIE \* |
| 3 | Zakres regulacji oświetlanego pola z odległości 50+/- 5 cm:min. 70 – 85 mm |  |  | TAK / NIE \* |
| 4 | Czas pracy na naładowanych akumulatorach: min. 6 godzin |  |  | TAK / NIE \* |
| 5 | Waga całkowita max 400 g |  |  | TAK / NIE \* |
| 6 | Czas ładowania baterii max. 10 godzin |  |  | TAK / NIE \* |
| 7 | Płynne cyfrowa regulacja ściemniania |  |  | TAK / NIE \* |
| 8 | Szybka zmiana baterii bez potrzeby wyłączania lampy |  |  | TAK / NIE \* |
| 9 | Szybkie złącze USB do ładowania z komputera bądź gniazda sieciowego |  |  | TAK / NIE \* |
| 10 | Zintegrowane wskaźniki stanu naładowania baterii |  |  | TAK / NIE \* |
| 11 | 2 akumulatory litowo-jonowe |  |  | TAK / NIE \* |
| 12 | Czepiec na głowę z podwójną regulacja pokrętłem dla ustawienia obwodu głowy i głębokości osadzenia na głowie. |  |  | TAK / NIE \* |
| 13 | Walizka na lampę |  |  | TAK / NIE \* |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STÓŁ OPERACYJNY** | | | |
| **ILOŚĆ: 1 SZT.** | | | |
| **Wypełnia wykonawca:** | | | |
| TYP | MODEL | PRODUCENT | KRAJ POCHODZENIA |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Lp** | **Obligatoryjne minimalne (wymagane) parametry lub funkcje** | **j.m.** | **Ilość** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **TAK/NIE\*** | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |  | | | | | | 1 | Stół operacyjny mobilny na podstawie jezdnej z min. 4 kołami |  |  | TAK / NIE \* | | 2 | Koła o średnicy min. 120 mm pozwalającej na łatwe manewrowanie stołem oraz transport pacjenta |  |  | TAK / NIE \* | | 3 | Wymiary stołu: długość min. 190 cm, szerokość z szynami bocznymi: min. 58 cm |  |  | TAK / NIE \* | | 4 | Kolumna stołu teleskopowa pokryta panelami ze stali nierdzewnej. Dopuszcza się częściowy fartuch gumowy. |  |  | TAK / NIE \* | | 5 | Konstrukcja blatu modułowa pozwalająca na dobór odpowiedniej konfiguracji i długości blatu w zależności od rodzaju zabiegu |  |  | TAK / NIE \* | | 6 | Stół blokowany do podłoża za pomocą wysuwanych elektrohydraulicznie / elektromechanicznie stopek lub poprzez schowanie kół w podstawie stołu, funkcje sterowane za pomocą pilota lub za pomocą centralnego hamulca kół znajdującego się po obu stronach stołu osi długiej . |  |  | TAK / NIE \* | | 7 | Możliwość zamiany miejscami segmentu plecowego z nożnym |  |  | TAK / NIE \* | | 8 | Poszczególne elementy blatów łączone na zasadzie gniazda wpustowego (np. szybkozłączka, hak, zatrzask, gniazdo-czop), bez dodatkowych manipulacji w innych płaszczyznach oraz bez użycia narzędzi i pokręteł (jedno kliknięcie/osadzenie powinno stanowić bezpieczne połączenie elementów) |  |  | TAK / NIE \* | | 9 | Pilot przewodowy ze wskaźnikiem naładowania baterii. |  |  | TAK / NIE \* | | 10 | Pilot wyposażony w przyciski oznaczone czytelnymi, podświetlanymi piktogramami ułatwiającymi pracę w zacienionej sali operacyjnej |  |  | TAK / NIE \* | | 11 | Blat stołu przezierny dla promieniowania RTG – Przystosowany do monitorowania ramieniem C. Brak umiejscowienia poprzeczek wzmacniających mogących przesłaniać obraz RTG. |  |  | TAK / NIE \* | | 12 | Blat stołu dzielony na min. 4segmenty: |  |  | TAK / NIE \* | | a) | - podgłówek – odłączony, z możliwością podwójnej regulacji kąta ustawienia głowy |  |  | TAK / NIE \* | | b) | - segment plecowy |  |  | TAK / NIE \* | | c) | - siedzisko z wycięciem ginekologicznym |  |  | TAK / NIE \* | | d) | - segment nożny dzielony |  |  | TAK / NIE \* | | 13 | Sekcja nóg 2-dzielna z możliwością odwiedzenia na boki całego podnóżka w zakresie min. 120 ° **- 2 szt.** |  |  | TAK / NIE \* | | 14 | Zakres regulacji segmentów nóg wspomaganym sprężyną gazową w zakresie min. -90°/+10° |  |  | TAK / NIE \* | | 15 | Podgłówek regulowany manualnie w dwóch płaszczyznach za pomocą dźwigni odpowiadających za poszczególne osie/płaszczyzny. Zakres regulacji podgłówka w zakresie min. -45°/+25° |  |  | TAK / NIE \* | | 16 | Sterowana za pomocą pilota regulacja elektrohydrauliczna lub elektromechaniczna następujących ruchów (wg zakresów podanych w poniżej wyspecyfikowanych punktach): |  |  | TAK / NIE \* | | a) | - wysokość blatu |  |  | TAK / NIE \* | | b) | - regulacja pozycji Trendelenburga/anty-Trenedelenburga |  |  | TAK / NIE \* | | c) | - regulacja przechyłów bocznych |  |  | TAK / NIE \* | | d) | - regulacja płyty plecowej |  |  | TAK / NIE \* | | e) | - pozycja „0” za pomocą jednego przycisku |  |  | TAK / NIE \* | | f) | - pozycja flex/reflex |  |  | TAK / NIE \* | | 17 | Powrót blatu do pozycji wyjściowej (pozycja „0”) po naciśnięciu i przytrzymaniu jednego przycisku na pilocie |  |  | TAK / NIE \* | | 18 | Funkcje ustawienia blatu stołu do pozycji „flex” i „reflex” realizowane za pomocą jednego przycisku lub po wybraniu tej funkcji na pilocie |  |  | TAK / NIE \* | | 19 | Regulacja wysokości w zakresie min. od 68 do 110 cm |  |  | TAK / NIE \* | | 20 | Przesuw wzdłużny min. 300 mm, elektrohydrauliczny wykonywany z pilota |  |  | TAK / NIE \* | | 21 | Regulacja nachylenia wzdłużnego (pozycja Trendelenburga, anty-Trendelenburga) w zakresie min. -30° do +30° |  |  | TAK / NIE \* | | 22 | Regulacje nachyleń bocznych w zakresie min. 18° w obie strony. |  |  | TAK / NIE \* | | 23 | Regulacja nachylenia płyty plecowej w zakresie min. -40°, +70° |  |  | TAK / NIE \* | | 24 | Sygnalizacja braku blokady kół przed próbą zmiany ustawień stołu, który nie został wcześniej unieruchomiony |  |  | TAK / NIE \* | | 25 | Czujnik antykolizyjny w kolumnie stołu zabezpieczający przed uszkodzeniem obudowy kolumny w przypadku kolizji z przedmiotami lub elementami wyposażenia znajdującymi się na pokrywie podstawy stołu podczas opuszczania blatu stołu. Czujnik powinien powodować zatrzymanie ruchu stołu w dół w przypadku napotkania przeszkody. |  |  | TAK / NIE \* | | 26 | Materace przeciwodleżynowe, demontowalne, odporne na środki dezynfekcyjne, zespalane bezszwową metodą, o grubości min. 60 mm |  |  | TAK / NIE \* | | 27 | Materac z funkcja pamięci kształtu |  |  | TAK / NIE \* | | 28 | Mocowanie materacy do stołu przy pomocy samoprzylepnych pasków żelowych |  |  | TAK / NIE \* | | 29 | Możliwość awaryjnej regulacji przechyłów bocznych i wzdłużnych blatu, sekcji pleców oraz wysokości stołu w przypadku awarii głównej pompy elektrycznej lub rozładowania głównego akumulatora za pomocą nożnej pompy hydraulicznej z jednoczesnym wyborem funkcji na awaryjnym panelu na kolumnie stołu |  |  | TAK / NIE \* | | 30 | Zasilanie stołu akumulatorowe wbudowane w stół- wskaźnik stanu naładowania baterii na pilocie |  |  | TAK / NIE \* | | 31 | Szyny sprzętowe ze stali nierdzewnej o przekroju 10 x 25 mm wzdłuż wszystkich segmentów blatu, po obu stronach stołu. |  |  | TAK / NIE \* | | 32 | Możliwość pracy z sieci 230V w trybie awaryjnym |  |  | TAK / NIE \* | | 33 | Dopuszczalne obciążenie stołu – min. 450 kg |  |  | TAK / NIE \* | | 34 | Max. waga pacjenta umożliwiająca użycie stołu w dowolnym położeniu – min. 300 kg |  |  | TAK / NIE \* | | 35 | Możliwość włączenia funkcji powolnego startu ruchów stołu do wykorzystania w sytuacjach wymagających bardzo precyzyjnej zmiany ustawień np. w zabiegach neurochirurgicznych |  |  | TAK / NIE \* | |  | **Wyposażenie:** |  |  |  | | 1 | Anestezjologiczna podpórka ręki wraz z dwoma pasami mocującymi, długa min 60 cm, na przegubie kulowym, ustawiana przy pomocy jednej dźwigni z zaciskami uniwersalnymi do mocowania na szynie bocznej stołu - 2 szt. |  |  | TAK / NIE \* | | 2 | Ramka anestetyczna ze stali nierdzewnej z zaciskiem uniwersalnymi do mocowania na szynie bocznej stołu - 1 kpl. |  |  | TAK / NIE \* | | 3 | Wózek na akcesoria stołu z koszem oraz min 5 szynami bocznymi do montażu sprzętu. |  |  | TAK / NIE \* | | 4 | Pas brzuszny do mocowania pacjenta dł min. 1300 mm– 1 szt. |  |  | TAK / NIE \* | | 5 | Pierścień żelowy okrągły 90x20± 5 % – 5 szt |  |  | TAK / NIE \* | | 6 | Pas na nadgarstek z możliwością montażu na ramce anestezjologicznej – 1 szt |  |  | TAK / NIE \* | | 7 | Stolik do operacji ręki - prostokątny z płyty przeziernej dla RTG o wymiarach 700 x 300 mm ± 5 %– 1 szt |  |  | TAK / NIE \* | | 8 | Antystatyczny materac typu półwałek o wymiarach 250x130x500 mm ± 25 mm– 1 szt |  |  | TAK / NIE \* | | 9 | Żelowy pozycjoner głowy dla dorosłych do zabiegów w pozycji brzusznej z miejscem na rurki intubacyjne – 1 szt |  |  | TAK / NIE \* | | 10 | Pozycjonery pod pięty wysokość min. 70 mm – 1 kpl |  |  | TAK / NIE \* |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **WÓZEK DO TRANSPORTU PACJENTÓW** | | | | | **ILOŚĆ: 4 SZT.** | | | | | **Wypełnia wykonawca:** | | | | | TYP | MODEL | PRODUCENT | KRAJ POCHODZENIA | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Lp** | **Obligatoryjne minimalne (wymagane) parametry lub funkcje** | **j.m.** | **Ilość** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **TAK/NIE\*** | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | 1 | Wymiary zewnętrzne: |  |  | TAK / NIE \* | | a) | - długość 2160 mm |  |  | TAK / NIE \* | | b) | - szerokość max. 760 mm |  |  | TAK / NIE \* | | 2 | Powierzchnia leża pacjenta: |  |  | TAK / NIE \* | | a) | - długość 1950 mm |  |  | TAK / NIE \* | | b) | - szerokość 620 mm |  |  | TAK / NIE \* | | 3 | Dopuszczalne bezpieczne obciążenie robocze: min. 300 kg |  |  | TAK / NIE \* | | 4 | Waga wózka: max 100 kg |  |  | TAK / NIE \* | | 5 | Solidna metalowa konstrukcja ramy |  |  | TAK / NIE \* | | 6 | Elementy metalowe wózka (uchwyty do prowadzenia wózka, dźwignia sprężyny gazowej sekcji pleców, barierki boczne i przycisk blokady barierek) malowane proszkowo farbą posiadającą właściwości antybakteryjne |  |  | TAK / NIE \* | | 7 | 4 koła jezdne o śr. 200 mm z precyzyjnymi łożyskami kulowymi, oraz dodatkowe piąte koło kierunkowe, 2 koła antystatyczne |  |  | TAK / NIE \* | | 8 | Nożne dźwignie uruchamiania centralnej blokady kół oraz blokady kierunkowej na wszystkich 4 narożnikach wózka |  |  | TAK / NIE \* | | 9 | Regulacja wysokości leża w zakresie: 550 – 870 mm wspomagana hydraulicznie przy pomocy pompy nożnej (możliwość regulacji wysokości oraz ustawienia pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga), |  |  | TAK / NIE \* | | 10 | Pozycja Trendelenburga i anty-Trendelenburga: ok. 15° |  |  | TAK / NIE \* | | 11 | Powierzchnia leża składająca się z 2 elementów, sekcja pleców (dł. 730 mm) unoszona ze wspomaganiem gazowym |  |  | TAK / NIE \* | | 12 | Unoszenie sekcji pleców wspomagane sprężyną gazową w zakresie min. 90° |  |  | TAK / NIE \* | | 13 | Uchwyty do prowadzenia wózka od strony głowy i nóg pacjenta |  |  | TAK / NIE \* | | 14 | Opuszczane boczne barierki, składane poniżej poziomu leża, nie powiększające zewnętrznych wymiarów wózka |  |  | TAK / NIE \* | | 15 | Ochronne krążki odbojowe na narożnikach wózka oraz dodatkowe ochrony przeciwkolizyjne |  |  | TAK / NIE \* | | 16 | Wyposażenie wózka: stojak na kroplówki ze stali nierdzewnej mocowany do ramy wózka w jednym z 4 narożników ramy, rozciągany teleskopowo (min. 650 mm) |  |  | TAK / NIE \* | | 17 | Obudowa podstawy wózka wykonana z trwałego tworzywa ABS z przestrzenią do przechowywania ubrań pacjenta oraz butli z tlenem |  |  | TAK / NIE \* | | 18 | Materac grubości min. 80 mm antystatyczny, przezierny dla promieni rtg, mocowanie do wózka przy pomocy samoprzylepnych pasków żelowych z możliwością mycia |  |  | TAK / NIE \* | | 19 | Wyposażenie dodatkowe: |  |  | TAK / NIE \* | | a) | - haki do zawieszenia np. worków na mocz |  |  | TAK / NIE \* | | b) | - szyna do zamocowania akcesoriów od strony głowy pacjenta, wymiary szyn montażowych zgodne z normą PN-EN 19054:2006, tj szerokość od 25 do 35 mm oraz grubość 10 mm |  |  | TAK / NIE \* |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **POZYCJONERY (KOMPLET)** | | | | | **ILOŚĆ: 1 KOMPLET** | | | | | **Wypełnia wykonawca:** | | | | | TYP | MODEL | PRODUCENT | KRAJ POCHODZENIA | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Lp** | **Obligatoryjne minimalne (wymagane) parametry lub funkcje** | **j.m.** | **Ilość** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **TAK/NIE\*** | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |  | | | | | | 1 | Pierścień żelowy pod głowę - 5szt. |  |  | TAK / NIE \* | | 2 | Półwałek - 3szt. |  |  | TAK / NIE \* | | 3 | Żelowy zagłówek pod głowę - 1szt. |  |  | TAK / NIE \* | | 4 | Wałek - 1szt. |  |  | TAK / NIE \* | | 5 | Wykonane z materiału odpornego na działanie ogólnie dostępnych środków dezynfekcyjnych. |  |  | TAK / NIE \* | | 6 | Okres gwarancji: zgodnie z przedłożoną ofertą |  |  | TAK / NIE \* |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **PRZENOŚNIK TAŚMOWO – ROLKOWY** | | | | | **ILOŚĆ: 3 SZT.** | | | | | **Wypełnia wykonawca:** | | | | | TYP | MODEL | PRODUCENT | KRAJ POCHODZENIA | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Lp** | **Obligatoryjne minimalne (wymagane) parametry lub funkcje** | **j.m.** | **Ilość** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **TAK/NIE\*** | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | Przenośnik taśmowo – rolkowy: | | | | | | 1 | przenośnik taśmowo - rolkowy do przemieszczania pacjenta bezwładnego w płaszczyźnie poziomej, |  |  | TAK / NIE \* | | 2 | urządzenie odporne na uderzenia i upadki, bez elementów ulegających przyspieszonemu zużyciu, |  |  | TAK / NIE \* | | 3 | materiał – rama duraluminiowa, lakier odporny na uderzenia i odpryski, |  |  | TAK / NIE \* | | 4 | rolki pokryte materiałem skóropodobnym, trwałym, zmywalnym, odpornym na odkształcenia, pęknięcia i rozdarcia (min. 3 kolory do wyboru), |  |  | TAK / NIE \* | | 5 | dostosowany do przekładanego pacjenta o wadze min. 160 kg, |  |  | TAK / NIE \* | | 6 | wymiary min. 1100 x 485 mm |  |  | TAK / NIE \* | | 7 | Wykonany z materiału odpornego na działanie ogólnie dostępnych środków dezynfekcyjnych |  |  | TAK / NIE \* | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **POZOSTAŁE WYMAGANIA** | | | | |
| 1 | Produkt fabrycznie nowy, nie demonstracyjny, nie powystawowy. Rok produkcji 2019 |  |  | TAK / NIE \* |
| 2 | Okres gwarancji : zgodnie z przedłożoną ofertą |  |  | TAK / NIE \* |
| 3 | Okres dostępności części zamiennych minimum 8 lat |  |  | TAK / NIE \* |
| 4 | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim dostarczona z chwilą oddania do eksploatacji. |  |  | TAK / NIE \* |
| 5 | Gwarancja liczona od dnia oddania sprzętu do eksploatacji |  |  | TAK / NIE \* |
| 6 | Karta gwarancyjna oraz paszport techniczny dostarczone wraz z urządzeniem. |  |  | TAK / NIE \* |
| 7 | Oryginalne materiały techniczne producenta, potwierdzające parametry wpisane w tabeli. |  |  | TAK / NIE \* |
| 8 | Wyrób oznaczony znakiem CE potwierdzony deklaracją Zgodności lub Certyfikatem CE |  |  | TAK / NIE \* |
| 9 | Czas reakcji serwisu : do 48 h (przyjazd serwisanta do Zamawiającego od momentu zgłoszenia). |  |  | TAK / NIE \* |
| 10 | W przypadku braku możliwości naprawy sprzętu w siedzibie Zamawiającego, oferent gwarantuje wstawienie sprzętu zastępczego. |  |  | TAK / NIE \* |
| 11 | Uruchomienie i szkolenie w siedzibie Zamawiającego. Szkolenie może być przeprowadzone w dniu dostawy lub w innym terminie uzgodnionym z Zamawiającym. Szkolenie rozumiane jest jako instruktaż z podstawowej obsługi i konserwacji sprzętu medycznego. |  |  | TAK / NIE \* |
| 12 | Dodatkowo min 1 szkolenie w terminie ustalonym z Zamawiającym, na Jego życzenie. |  |  | TAK / NIE \* |
| 13 | W okresie gwarancyjnym wymaga się dokonywania przeglądów okresowych i części używanych do przeglądów zgodnie z zaleceniem warunków eksploatacji producenta urządzenia bez dodatkowych opłat. Ostatni przegląd nie później niż 1 m-c przed upływem okresu gwarancyjnego. |  |  | TAK / NIE \* |
| 14 | Produkt posiada wszelkie dopuszczenia do obrotu na terenie RP | TAK / NIE \* |

**UWAGA 1:**

W kolumnie nr 5 tabeli Wykonawca winien zaznaczyć (skreślić) TAK lub NIE. Nie zaznaczenie żadnego z tych słów traktowane będzie jako niespełnienie danego parametru lub funkcji. NIESPEŁNIENIE CHOĆBY JEDNEGO Z PARAMATERÓW LUB FUNKCJI SPOWODUJE ODRZUCENIE OFERTY.

**UWAGA 2:**

W przypadku, gdy wykonawca oferuje rozwiązanie równoważne dla wskazanego w tabeli parametru/funkcji, należy wyraźnie zaznaczyć takie rozwiązanie oraz załączyć dokumenty uwiarygodniające zastosowanie rozwiązań równoważnych

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Miejscowość

…………………………………………….

pieczęć(cie) Wykonawcy(ów)

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

*imię, nazwisko (pieczęć) i podpis osoby*

*upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*