***Załącznik nr 1.3 do SWZ***

**Stół operacyjno-zabiegowy – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Opis parametrów | Parametr wymagany lub oceniany | Parametr oferowany |
| 1. | **Warunki wstępne** |  |  |
| 2. | Aparaty/urządzenia fabrycznie nowe, nierekondycjonowane, niepowystawowe, i nieużywane. | Tak |  |
| 3. | Aparaty/urządzenia dostarczone wraz z założonym Paszportem Technicznym:- z wypełnioną w pełni metryką- wpisem o przeprowadzonym uruchomieniu/instalacji przez autoryzowany serwis lub autoryzowanego dostawcę- datą następnego przeglądu | Tak |  |
| 4. |  Drukowana instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona wraz z aparatem/urządzeniem (nie dopuszcza się instrukcji obsługi tylko w wersji elektronicznej, może być jako dodatkowa opcja). | Tak |  |
| 5. | Foldery aparatów/urządzeń, dołączone do oferty, w języku polskim lub w języku obcym z dołączonym tłumaczeniem treści folderu | Tak |  |
| 6. | Kserokopia deklaracji CE. | Tak |  |
| 7. | Producent/Oferent | Podać |  |
| 8. | Model/Typ (pełna symbolika) | Podać |  |
| 9. | Rok produkcji: 2024 | Tak |  |
| 10. | **Parametry podstawowe** |  |  |
| 11. | Stół operacyjno - zabiegowy | Tak |  |
| 12. | Konfiguracja blatu stołu:– podgłówek płytowy na całą szerokość blatu,- oparcie pleców,- płyta lędźwiowa,- podnóżek płytowy.Blat z możliwością zamiany miejscami podnóżków z podgłówkiem.Segmenty blatu wyposażone z obu stron w listwy ze stali nierdzewnej, kwasoodpornej do mocowania wyposażenia.Listwy w segmencie oparcia pleców i płycie lędźwiowej wyposażone na obu końcach w ograniczniki zabezpieczające korpusy mocujące wyposażenie przed ich przypadkowym wypadnięciem | Tak |  |
| 13. | Długość stołu z blatem: 2050 mm (±50 mm ) | Tak |  |
| 14. | Szerokość blatu z listwami do mocowania wyposażenia: 580 mm (±30 mm ) | Tak |  |
| 15. | Szerokość materaców: 500 mm ( ± 10 mm ) | Tak |  |
| 16. | Regulacja wysokości blatu: 730 do 1030 mm ( ± 30 mm ). Wymiary wysokości dotyczą górnej powierzchni materaca | Tak |  |
| 17. | Zakres regulacji oparcia pleców minimum: - 40o do +85o | Tak |  |
| 18. | Zakres regulacji podgłówka minimum: - 50o do +55o | Tak |  |
| 19. | Zakres regulacji przechyłów bocznych : - 25o do +25o | Tak |  |
| 20. | Przechył Trendelenburga : 30o | Tak |  |
| 21. | Przechył anty-Trendelenburga: 30o | Tak |  |
| 22. | Regulacja kąta nachylenia podnóżków w płaszczyźnie pionowej : - 90o do 25o ( ± 5o ) | Tak |  |
| 23. | Zakres regulacji kata odchylenia podnóżków w płaszczyźnie poziomej: 0o do 180o | Tak |  |
| 24. | Regulacja wysokości blatu za pomocą nożnej pompy hydraulicznej | Tak |  |
| 25. | Dźwignia pompy na dłuższym boku podstawy | Tak |  |
| 26. | Regulacja segmentu oparcia pleców, podgłówka, przechyłów wzdłużnych blatu oraz nachylenia podnóżków w płaszczyźnie pionowej wspomagana sprężynami gazowymi z blokadą  | Tak |  |
| 27. | Zabezpieczenie przed przypadkowym uruchomieniem dźwigni zwalniania blokad w sprężynach gazowych służących do regulacji oparcia pleców | Tak |  |
| 28. | Przechyły boczne uzyskiwane za pomocą składanej korby usytuowanej z boku blatu, pod segmentem siedzenia | Tak |  |
| 29. | Konstrukcja stołu ze stali nierdzewnej. Stal o bardzo dobrych właściwościach antykorozyjnych i kwasoodpornych, dzięki zastosowaniu procesów elektropolerowania i pasywacji. Ze względu na środowisko pracy oraz konieczność zapewnienia poprawnej dezynfekcji, nie dopuszcza się do zaoferowania stołów wykonanych z gorszych gatunków stali nierdzewnej (o mniejszej zawartości chromu, niklu, manganu i molibdenu) – ryzyko wystąpienia korozji. | Tak |  |
| 30. | Podstawa ze stali nierdzewnej, kwasoodpornej, w kształcie litery „H” zapewniająca dobry dostęp chirurga do blatu stołu. Osłona podstawy ze stali nierdzewnej, kwasoodpornej. | Tak |  |
| 31. | Stół przejezdny z czterema podwójnymi kołami antystatycznymi, z systemem centralnego blokowania kół. Blokada kół poprzez dźwignię nożną. Średnica kół min. 125 mm  | Tak |  |
| 32. | Stół z zaciskiem wyrównania potencjału wraz z przewodem wyrównania potencjału  | Tak |  |
| 33. | Blat przenikalny dla promieni RTG z możliwością wykonywania zdjęć RTG na całej długości blatu oraz z możliwością monitorowania pacjenta przy pomocy ramienia C  | Tak |  |
| 34. | Materace bezszwowe, demontowane, antystatyczne, wykonane z poliuretanu spienionego. Grubość materaca min. 50 mm | Tak |  |
| 35. | Układ teleskopowy kolumny nośnej wykonany ze stali nierdzewnej, kwasoodpornej. Kolumna nośna z osłoną ze stali nierdzewnej bez elementów tworzywowych (miechy, osłony harmonijkowe) w celu zapewnienia łatwej dezynfekcji, a tym samym ograniczenia potencjalnych ognisk bakterii  | Tak |  |
| 36. | Obciążenie robocze stołu zapewniające pełne bezpieczeństwo i funkcjonalność stołu:- z podgłówkiem zamontowanym od strony oparcia pleców min. 200kg- z podgłówkiem zamontowanym od strony płyty lędźwiowej min. 135 kg | Tak |  |
| 37. | Wyposażenie stołu :- podpórka ręki z korpusem mocującym – 1 kpl- poręcze zabezpieczające pacjenta wykonane ze stali nierdzewnej – 1 kpl. | Tak |  |
| 38. | Stół dostarczony w oryginalnym opakowaniu producenta | Tak |  |
| 39. | **Inne istotne informacje** | Tak |  |
| 40. | Powierzchnie stołu odporne na środki dezynfekcyjne | Tak |  |
| 41. | Dostawa/montaż/instalacja/uruchomienie | Tak |  |
| 42. | Dokumenty wymagane przy realizacji zamówienia:- Protokół zdawczo-odbiorczy- Lista przeszkolonego personelu- Karta gwarancyjna  | Tak |  |
| 43. | **Warunki gwarancji i serwis** |  |  |
| 44. | Gwarancyjna obsługa serwisowa urządzenia w okresie (miesiące):Wymagane minimum 36 miesięcy - maksymalnie 60 miesięcy | 36 – 0 pkt.48– 20 pkt. 60 – 40 pkt. |  |
| 45. | Przedmiot gwarancji: wszystkie elementy składowe aparatu/urządzenia (w tym części eksploatacyjne) | Tak |  |
| 46. | Gwarancja obejmuje także:- przeglądy w okresie gwarancji- wymiany/naprawy uszkodzonych części- dojazdy/przejazdy pracowników serwisu- koszty wysyłki, pakowania, ubezpieczenia przesyłki- robociznę- wszystkie pozostałe koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancyjnych | Tak |  |
| 47. | W okresie gwarancji przegląd serwisowy na koszt dostawcy – co najmniej jeden na 12 miesięcy lub z zgodnie z zaleceniem producenta zakończony wpisem do paszportu technicznego i protokołem wykonania przeglądu.Przegląd serwisowy zawiera:- dojazdy/przejazdy pracowników serwisu- robociznę-wszystkie pozostałe koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancyjnych (materiały i części eksploatacyjne, zestawy serwisowe /service kit/ itp.) | Tak |  |
| 48. | Przegląd końcowy przed upływem końca gwarancji producenta (na koszt dostawcy) zakończony wpisem do paszportu technicznego i protokołem wykonania przeglądu | Tak |  |
| 49. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny.Podać: dokładny adres, telefon, faks, e-mail, adres internetowy (WWW) | Tak, podać |  |
| 50. | W okresie gwarancji przyjmowanie zgłoszeń o usterkach w formie telefonicznej, faksem lub pocztą elektroniczną (e-mail) oraz dokonanie koniecznych napraw, doprowadzających przedmiot umowy do pełnej sprawności – w terminie do 5 dni od chwili jej zgłoszenia. | Tak |  |
| 51. | Liczba napraw tego samego podzespołu powodująca wymianę na nowy (z wyjątkiem uszkodzeń z winy użytkownika) – 3 | Tak |  |
| 52. | **Szkolenia** |  |  |
| 53. | Szkolenie personelu wskazanego przez Zamawiającego w zakresie obsługi aparatu, bezpieczeństwa jego użytkowania potwierdzone pisemnym protokołem . | Tak |  |

Wymogiem jest, aby Wykonawca zaoferował urządzenie, o parametrach CO NAJMNIEJ takich, jakie są przedstawione
w rubryce „Opis parametrów”. Niespełnienie tego warunku spowoduje odrzucenie oferty.

**Zaoferowane powyżej parametry wymagane muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty materiałach informacyjnych producenta. Brak potwierdzenia któregokolwiek z parametrów spowoduje odrzucenie oferty.**

W przypadku pojedynczych parametrów, nie występujących w materiałach firmowych, Zamawiający dopuszcza oświadczenie producenta. Zamawiający zastrzega sobie prawo weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł
w tym zapytanie bezpośrednio u producenta sprzętu.

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

*(miejscowość, data)*

 ……………………………………………

 *(Dokument należy złożyć w postaci elektronicznej*

*opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym,)*