ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH

63 Stół zabiegowy typ I

Nazwa producenta: .......................................................

Nazwa i typ: .......................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | **PARAMETR / WARUNEK WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY – PODAĆ** |
| 1. | Stół zabiegowy przeznaczony do przeprowadzania badań i drobnych zabiegów |  |
| 2. | Konstrukcja stołu wykonana z profili stalowych pokrytych lakierem proszkowym w kolorze RAL 7035. Lakier odporny na mycie i dezynfekcję ogólnie dostępnymi na  rynku środkami dezynfekcyjnymi |  |
| 3. | Blat stołu 4 segmentowy a w tym:   * segment siedziska, z regulacją odchylenia, posiadający wycięcie do badań   ginekologicznych   * segment ruchomy oparcia pleców * segment stały oparcia pleców * segment ruchomy oparcia głowy |  |
| 4. | Regulacja siedziska realizowana przy pomocy mechanizmu zapadkowego w zakresie min od 0° do 15° |  |
| 5. | Segment oparcia pleców regulowany przy pomocy sprężyny gazowej w zakresie min od 0° do 60° |  |
| 6. | Segment oparcia głowy regulowany przy pomocy mechanizmu zapadkowego w  zakresie min od 0° do 30° |  |
| 7. | Segmenty blatu stołu pokryte tapicerką wykonaną z pianki poliuretanowej z  pokryciem ze skaju. Wybór kolorystyczny skaju z co najmniej 5 różnych kolorów |  |
| 8. | Regulacja wysokości blatu uzyskiwana przy pomocy pompy hydraulicznej sterowanej pedałem nożnym, dostępnym z obu stron stołu |  |
| 9. | Zakres regulacji wysokości min od 620 do 900 mm |  |
| 10. | Regulacja przechyłów wzdłużnych tj. pozycji Trendelenburga oraz anty- Trendelenburga uzyskiwana za pomocą sprężyn gazowych z blokadą |  |
| 11. | Zakres regulacji Trendelenburga co najmniej od 0° do 20° |  |
| 12. | Zakres regulacji anty- Trendelenburga co najmniej od 0° do 12° |  |
| 13. | Wymiary gabarytowe   * długość całkowita blatu 2000 mm (+/- 50mm) * całkowita szerokość blatu min. 650 (+/- 50mm) |  |
| 14. | Dopuszczalne obciążenie min. 180 kg |  |
| 15. | Podstawa osadzona na stopkach z regulacją pozwalającą na niwelację nierówności podłoża |  |
| 16. | **Pozostałe wymagania** |  |
| 17. | Certyfikat ISO 9001 oraz ISO 13485 dla producenta – dołączyć do oferty |  |
| 18. | Deklaracja zgodności CE wydana przez producenta – dołączyć do oferty |  |
| 19. | Wyrób zgodny z dyrektywą 93/42/EEC – dołączyć do oferty dokument  potwierdzający |  |
| 20. | Wpis lub zgłoszenie do RWM w Polsce – stosowny dokument dołączyć do oferty |  |
| 21. | Firmowe materiały informacyjne producenta lub autoryzowanego dystrybutora w języku polskim potwierdzające spełnienie wymaganych parametrów oferowanego wyrobu – dołączyć do oferty  W przypadku wątpliwości co do zaoferowanych parametrów, Zamawiający  zastrzega sobie możliwość wezwania oferenta do prezentacji oferowanego wyrobu |  |
| 22. | Zapewnienie producenta lub autoryzowanego dystrybutora o dostępności części  zamiennych przez okres minimum 10 lat – informację dołączyć do oferty |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 23. | Zapewnienie producenta lub autoryzowanego dystrybutora o zapewnieniu serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego – informację dołączyć do oferty |  |

UWAGI:

1. **Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty. Parametry muszą być potwierdzone**

folderami lub karatami katalogowymi oferowanego wyrobu.

1. **Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**
2. **Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.**

…………………………….

Podpis Wykonawcy