ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH

64 Stół zabiegowy typ II

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | **PARAMETR / WARUNEK WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY – PODAĆ** |
| 1. | Stół zabiegowy przeznaczony jest do wykonywania zabiegów ogólnych a w  połączeniu z wyposażeniem dodatkowym do zabiegów specjalistycznych. |  |
| 2. | Konstrukcja stołu jest wykonana z profili stalowych pokrytych lakierem  proszkowym |  |
| 3. | Pantografowy układ podnoszenia blatu |  |
| 4. | Wysokość blatu regulowana siłownikiem hydraulicznym przy pomocy dźwigni nożnych umieszczonych po obu stronach stołu |  |
| 5. | Regulacja wysokości w zakresie min od 820 do 1050 mm |  |
| 6. | Stół posiadający czterosegmentowy blat umożliwiający ustawienie w pozycjach:  leżącej, półsiedzącej, siedzącej i innych pozycjach do ułożeń operacyjnych. |  |
| 7. | Całkowita długość stołu min. 2000 mm |  |
| 8. | Całkowita szerokość blatu min. 550 mm |  |
| 9. | Cztery segmenty blatu: głowy, oparcie pleców, siedzisko, segmenty nóg, |  |
| 10. | Materace antystatyczne wykonane są z pianki poliuretanowej i pokryte skajem. |  |
| 11. | Segment głowy regulowany przy pomocy sprężyny gazowej |  |
| 12. | Regulacja segmentu głowy w zakresie min od -40 ° do 40° |  |
| 13. | Segment oparcia pleców regulowany przy pomocy sprężyn gazowych uruchamiany dźwignią zwalniającą z dodatkowym zabezpieczeniem przed  przypadkowym uruchomieniem regulacji |  |
| 14. | Regulacja oparcia pleców w zakresie min od -40 ° do 70° |  |
| 15. | Segmenty nóg z regulacją kątową każdego z segmentów realizowaną przy  pomocy sprężyn gazowych |  |
| 16. | Regulacja kąta odchylenia w zakresie min od 15 ° do -90° |  |
| 17. | Regulacja odchylenia każdego z segmentów od 0° do 90° |  |
| 18. | Przechył wzdłużny Trendelenburga i anty Trendelenburga regulowany przy  pomocy sprężyn gazowych uruchamiany dźwignią zwalniającą z dodatkowym  zabezpieczeniem przed przypadkowym uruchomieniem regulacji |  |
| 19. | Regulacja Trendelenburga min 25° |  |
| 20. | Regulacja anty Trendelenburga min 10° |  |
| 21. | Stół posiadający bardzo dobre własności jezdne. Łatwość manewrowania i przejazdu stołem dzięki funkcji jazdy kierunkowej |  |
| 22. | Blokowanie stołu poprzez centralną blokadę 4 obrotowych, podwójnych kół jezdnych o średnicy 125 mm, uruchamianych dźwigniami przy kołach od strony  głowy pacjenta |  |
| 23. | Segmenty blatu przenikalne dla promieni RTG. Wypełnienie segmentów wykonane z płyty HPL umożliwiającej wykonywanie zdjęć RTG |  |
| 24. | Podtrzymywanie kasety RTG z zastosowaniem tunelu na tacę umieszczaną pod  segmentami leża - oparcie pleców i siedzisko. |  |
| 25. | Stół wyposażony w listwy boczne do mocowania wyposażenia dodatkowego.  Elementy montowane poprzez uchwyty- do mocowania kątowego lub wyłącznie  pionowego. |  |
| 26. | Elementy wyposażenia dodatkowego: |  |
| 27. | -ramka anestezjologiczna prosta z uchwytem wielopozycyjnym |  |
| 28. | -wieszak kroplówki z uchwytem wielopozycyjnym |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 29. | -podpórka ręki z uchwytem mocującym |  |
| 30. | **Pozostałe wymagania** |  |
| 31. | Certyfikat ISO 9001 oraz ISO 13485 dla producenta – dołączyć do oferty |  |
| 32. | Deklaracja zgodności CE wydana przez producenta – dołączyć do oferty |  |
| 33. | Wyrób zgodny z dyrektywą 93/42/EEC – dołączyć do oferty dokument  potwierdzający |  |
| 34. | Wpis lub zgłoszenie do RWM w Polsce – stosowny dokument dołączyć do oferty |  |
| 35. | 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 |  |
| 36. | Zapewnienie producenta lub autoryzowanego dystrybutora o dostępności części  zamiennych przez okres minimum 10 lat – informację dołączyć do oferty |  |
| 37. | 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