**ZAŁ. NR 2B DO SWZ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pionizator pacjenta - zmotoryzowany szt. 2** | | | |
| Lp. | **CECHY APARATU** |  | Poniżej należy **wypełnić** tabelę opisując lub potwierdzając wszystkie dane i parametry wymagane przez Zamawiającego. |
| 1 | Nazwa aparatu, producent, kraj producenta, typ, model, rok produkcji | Wpisać | Nazwa aparatu........................................... |
|  |  |  | Producent.................................................. |
|  |  |  | Typ........................................................... |
|  |  |  | Model........................................................ |
|  |  |  | Rok produkcji............................................. |
| 2 | **PODSTAWOWE PARAMETRY** | **xxxxxx** | **xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx** |
| 3 | Urządzenie fabrycznie nowe wyprodukowane w 2021r. | TAK |  |
| 4 | Urządzenie ułatwiające wczesną mobilizację, rehabilitację i pełną opiekę nad pacjentem będącym w każdym poziomie niesprawności ruchowej | TAK |  |
| 5 | Urządzenie przeznaczone w szczególności do przekładania nawet nieprzytomnego pacjenta z pozycji leżącej do pozycji siedzącej i stojącej | TAK |  |
| 6 | Urządzenie może służyć do przeprowadzania wszelkiego rodzaju terapii manualnej a także mobilizacji pacjenta poprzez zastosowanie przechyłów bocznych | TAK |  |
| 7 | Obciążenie robocze min 200 kg | TAK  podać | od 200 kg do 250 kg – 0 pkt  powyżej 250 kg – 10 pkt |
| 8 | Masa własna urządzenia | TAK  podać | do 100 kg- 10 pkt  powyżej 100 kg – 0 pkt |
| 9 | Zakres wzrostu pacjenta u którego można przeprowadzać skuteczną terapię min.140-195cm | TAK |  |
| 10 | Urządzenie 3 sekcyjne z czego co najmniej 1 sekcja ruchoma | TAK |  |
| 11 | Każda sekcja wyposażona w wysokiej jakości materac wykonany z pianki poliuretanowej pokryty materiałem łatwym do dezynfekcji, nieprzemakalnym oraz umożliwiającym bezproblemową wymianę pokrycia. | TAK |  |
| 12 | Urządzenie wyposażone w podpórkę pod stopy pacjenta. Możliwość regulacji wysokości poprzez przesuwanie podpórki | TAK |  |
| 13 | Urządzenie wyposażone w min. 4 podwójne koła. Każde koło z hamulcem blokującym ruch co do toczenia i osi obrotu | TAK |  |
| 14 | Urządzenie wyposażone we wskaźnik kątowy określający stopień wykonanej pionizacji | TAK |  |
| 15 | Urządzenie zasilane akumulatorowo | TAK |  |
| 16 | Długość urządzenia | Podać |  |
| 17 | Szerokość urządzenia | Podać |  |
| 18 | Minimalna wysokość na jaką można obniżyć urządzenie w pozycji horyzontalnej 600mm ± 50mm | TAK |  |
| 19 | Maksymalna wysokość na jaką można podnieść urządzenie w pozycji horyzontalnej 1000mm ± 50mm | TAK |  |
| 20 | Pozycja Trendelenburga 30° ± 5° | TAK |  |
| 21 | Pozycja pionizacyjna min. 80° ±5 ° | TAK |  |
| 22 | Przechyły boczne min. 20° w każdą stronę | TAK |  |
| 23 | Promień zawracania w pozycji krzesła max 1800mm | TAK |  |
| 24 | Urządzenie wyposażone w panel sterowania umieszczony na ramie urządzenia, na którym znajdują się przyciski (z piktogramami) min. : zmiana funkcji pionizacja/fotel, regulacja wysokości/pionizacji, regulacja pozycji z siedzącej do leżącej | Tak |  |
| 25 | Aktywacja trybu pionizacji sygnalizowana jest włączoną diodą na przycisku aktywacji trybu | TAK |  |
| 26 | Urządzenie wyposażone w panel sterowania na przewodzie, na którym znajdują się przyciski (z piktogramami) min: regulacja wysokości, przechył trendelenburga, regulacja wysokości, regulacja pozycji z siedzącej do leżącej, przechyły boczne | TAK |  |
| 27 | Urządzenie wyposażone w:  - dodatkową poduszkę umożliwiającą unieruchomienie głowy pacjenta wraz z pasem bezpieczeństwa umiejscowionym na czole  - pasy bezpieczeństwa zabezpieczające klatkę piersiową oraz tułów  - pasy bezpieczeństwa zabezpieczające kolana | TAK |  |
| 28 | Wewnątrz pasów miękka pianka dla wygody i bezpieczeństwa pacjenta | TAK |  |
| 29 | Urządzenie wyposażone w przycisk bezpieczeństwa umożliwiający w szybki sposób ustawienie pionizatora z pozycji wertykalnej do pozycji horyzontalnej | TAK |  |
| 30 | Urządzenie wyposażone w min. 2 przyciski blokujące prace wózka w sposób natychmiastowy | TAK |  |
| 31 | Urządzenie wyposażone w elektryczny system sterowania w przypadku awarii pilota i przycisków znajdujących się na kolumnie wózka. System ma umożliwić opuszczenie wózka do pozycji bezpiecznej oraz przejścia z każdej pozycji do pozycji horyzontalnej | TAK |  |
| 32 | Urządzenie wyposażone w podłokietniki oraz osłonę stawu barkowego | TAK |  |
| 33 | Podłokietniki z funkcją regulacji wysokości | TAK |  |
| 34 | Osłony stawu barkowego z możliwością regulacji ich szerokości oraz możliwością opuszczenia ich podczas przenoszenia pacjenta na lub z pionizatora. | TAK |  |
| 35 | W zestawiedla każdego z urządzeń:  - 2 baterie  - Ładowarka z uchwytem ściennym  - Komplet zapasowych pokrowców na materace i pasy | TAK |  |
| 36 | **WYMAGANIA OGÓLNE** | **xxxxxx** | **xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx** |
| 37 | Szkolenie z obsługi, dezynfekcji, użytkowania, podstaw konserwacji urządzenia, pracowników wskazanych przez Zamawiającego w terminie uzgodnionym z zamawiającym | TAK |  |
| 38 | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim w formie drukowanej i elektronicznej | TAK |  |
| 39 | Kserokopia ważnych posiadanych dopuszczeń do obrotu zgodnie z wymogami aktualnej ustawy o wyrobach medycznych | **TAK** |  |
| 40 | Bezpłatna aktualizacja oprogramowania w okresie gwarancyjnym | TAK |  |
| 41 | Termin dostawy i instalacji: max 40 dni od daty podpisania umowy | TAK |  |
| 42 | Paszport techniczny urządzenia przy dostawie | TAK |  |
| 43 | **WARUNKI GWARANCJI** | **xxxxxxxx** | **xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx** |
| 44 | Okres gwarancji min 24 miesiące |  | 24 m-ce - 0%  36 m-cy - 10%  48 m-cy – 20% |
| 45 | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych | TAK |  |
| 46 | Karta gwarancyjna wystawiona na zaoferowany okres gwarancji, wymagana przy dostarczeniu urządzenia | TAK |  |
| 47 | Przeglądy w okresie gwarancji w cenie dostawy przedmiotu zamówienia min. 1 raz w roku | TAK |  |
| 48 | Czas naprawy urządzenia w okresie gwarancyjnym max 5 | TAK |  |
| 49 | Autoryzowany serwis na terenie Polski | TAK |  |
| 50 | Zagwarantowanie dostępność serwisu, oprogramowania i części zamiennych, przez co najmniej 10 lat od daty dostawy | TAK |  |

## UWAGA

Wypełniając powyższe tabele można je przepisać na komputerze i odpowiednio dostosować wielkość wierszy i kolumn do potrzeb wykonawcy, zachowując treść poszczególnych wierszy i ich kolejność zapisaną przez zamawiającego. Zmiana treści lub jej brak a także zmiana kolejności wierszy lub kolumn oraz ich brak spowoduje odrzucenie oferty.

**Pytania dotyczące powyższych parametrów i wymagań winny odnosić się precyzyjnie do poszczególnych punktów w tabeli i przedmiotu zamówienia.**

**Niespełnienie choćby jednego z wymogów zawartych w opisie przedmiotu zamówienia dotyczących przedmiotu zamówienia stawianych przez Zamawiającego w powyższych tabelach spowoduje odrzucenie oferty (*nie dotyczy parametrów ocenianych*).**

\*Zamawiający informuje, iż ilekroć w SWZ i jej załącznikach przedmiot zamówienia jest opisany:

1. ze wskazaniem znaków towarowych, nazw własnych, patentów lub pochodzenia źródła lub szczególnego procesu, którycharakteryzuje produkty lub usługi dostarczane przez konkretnego wykonawcę co prowadziłoby do uprzywilejowania lub wyeliminowania niektórych Wykonawców lub produktów, oznacza to, że Zamawiający nie może opisać przedmiotu zamówienia wystarczająco precyzyjny i zrozumiały sposób i jest to uzasadnione specyfiką przedmiotu zamówienia. W takich sytuacjach ewentualne wskazania na znaki towarowe, patenty, pochodzenie, źródło lub szczególny proces, należy odczytywać z wyrazami „lub równoważne”
2. poprzez odniesienie się do norm, ocen technicznych, specyfikacji technicznych i systemów referencji technicznych, o których mowa w art. 101 ust. 1 pkt 2 oraz ust. 3 ustawy, to przyjmuje się, że dopuszcza się rozwiązania równoważne opisywanym, a wskazane powyżej odniesienia należy odczytywać z wyrazami „lub równoważne”.

Oznacza to, że dopuszcza się zaoferowanie wyrobów nie gorszych niż opisywanych, tj. spełniających wymagania techniczne, funkcjonalne i jakościowe, co najmniej takie jak wskazane w dokumentacji niniejszego postępowania.

Wykonawca winien udowodnić w ofercie, w szczególności za pomocą przedmiotowych środków dowodowych, o których mowa w art. 104–107, że proponowane rozwiązania w równoważnym stopniu spełniają wymagania określone w opisie przedmiotu zamówienia.

***Dokument należy podpisać podpisem: kwalifikowanym, zaufanym lub osobistym.***