|  |  |
| --- | --- |
|  (pieczęć Wykonawcy) | Załącznik nr 3 do SWZ  |
| Strona nr |  | stron. |
| z ogólnej liczby |  |

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Pakiet 1:**

**Pozycja 1 - Łóżko szpitalne – 9 sztuk**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wymaganych parametrów** | **Parametry****wymagane** | **Potwierdzenie spełnienia warunku:****„TAK”****lub PODAĆ** |
| **A** | **B** | **C** | **D\*** |
|  | Nazwa i typ | Podać |  |
|  | Producent | Podać |  |
|  | Kraj pochodzenia  | Podać |  |
|  | Rok produ**k**cji, nie wcześniej niż w 2023 r.  | Podać |  |
|  | Konstrukcja łóżka wykonana z prostokątnych profili ze stali węglowej lakierowanej proszkowo lakierem poliestrowo-epoksydowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV. Główna konstrukcja łóżka wykonana z profili o przekroju min. 5x3 cm gwarantujących stabilność konstrukcji i wysokie obciążenie użytkowe | TAK |  |
|  | Łóżko z ramą wewnętrzną, która ułatwia dostęp do pacjenta jak również schodzenie pacjentów z łóżka (rama łóżka ukryta jest pod segmentami leża). | TAK |  |
|  | Łóżko wielofunkcyjne, czterosegmentowe, z czego minimum trzy segmenty są ruchome (segment oparcia pleców, segment uda i podudzia) | TAK |  |
|  | Segmenty wypełnione są panelami z płyty HPL. Leże wyposażone w zabezpieczenie przed przesuwaniem się materaca na boki co najmniej w segmencie oparcia pleców oraz segmencie uda oraz przed przesuwaniem się materaca wzdłuż co najmniej w segmencie nożnym | TAK |  |
|  | Poręcze boczne dzielone wykonane z tworzywa i zabezpieczające pacjenta przed wypadnięciem, na całej długości leża | TAK |  |
|  | Poręcze posiadające mechanizm zwalniający ruch przy ich opuszczaniu. | TAK |  |
|  | Długość łóżka max. 2200 mm | Podać |  |
|  | Szerokość całkowita łóżka mniej niż 1000 mm | Podać |  |
|  | Długość x szerokość leża/materaca min. 1950 x 850 mm | Podać |  |
|  | Tuleje uniwersalne umożliwiające montaż wieszaka kroplówki lub uchwytu ręki umieszczone przy segmencie oparcia pleców. Dodatkowe dwie tuleje umożliwiające montaż wieszaka kroplówki przy segmencie nóg pacjenta – możliwość montażu wieszaka kroplówki w każdym narożniku leża oraz możliwość montażu innego wyposażenia np. ramy wyciągowej | TAK |  |
|  | Funkcje podstawowe łóżka dostępne na pilocie przewodowym:- regulacja wysokości- regulacja segmentu oparcia pleców- regulacja segmentu udaFunkcje specjalne dostępne na pilocie przewodowym:- funkcja autokontur, jednoczesna regulacja segmentów oparcia pleców i ud uzyskiwana przy pomocy jednego przycisku- regulacja przechyłów wzdłużnych do pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga- ustawienie łóżka w pozycji krzesła kardiologicznego realizowane przy pomocy jednego przycisku- ustawienie łóżka w pozycji Fowlera (dopuszczalne poprzez selekcję kilku ruchów)- funkcja wspomagająca pacjenta przy siadaniu i wstawaniu z łóżka, która dobiera parametry wysokości leża oraz nachylenia oparcia pleców dogodne dla pacjenta- realizowana przy pomocy jednego przycisku- funkcja oświetlenia nocnego- lampka podświetlająca podłogę łóżka | TAK |  |
|  | Pilot wyposażony w blokadę w postaci kluczyka umożliwiający blokowanie funkcji sterujących przez personel | TAK |  |
|  | Diody sygnalizujące umieszczone na pilocie pokazujące stan naładowania baterii | TAK |  |
|  | Wysokość minimalna leża mierzona od podłoża do górnej płaszczyzny segmentów leża bez materaca maks. 390 mm | Podać |  |
|  | Wysokość maksymalna leża mierzona od podłoża do górnej płaszczyzny segmentów leża bez materaca min. 835 mm | Podać |  |
|  | Regulacja elektryczna kąta nachylenia segmentu oparcia pleców w stosunku do poziomu ramy leża w zakresie do min. 70° | Podać |  |
|  | Autoregresja oparcia pleców min. 110 mm | Podać |  |
|  | Regulacja elektryczna kąta nachylenia segmentu ud w stosunku do poziomu ramy leża min. 44° | TAK |  |
|  | Regulacja segmentem podudzia przy pomocy listwy zębatej, zapadkowej w zakresie min. 20° | TAK |  |
|  | Regulacja elektryczna pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga w zakresie min. 14° obustronnie | TAK |  |
|  | Szczyty wykonane z tworzywa sztucznego. wyjmowane z wklejką kolorystyczną – kolor wklejki do wyboru. Szczyty szybko i łatwo demontowalne do reanimacji bez konieczności użycia narzędzi oraz konieczności zwalniania blokad | TAK |  |
|  | Wbudowane zasilanie awaryjne (bateria) pozwalająca na wykonanie ruchów łóżka w przypadku przejazdu łóżkiem bądź zaniku zasilania sieciowego | TAK |  |
|  | Podstawa wyposażona w cztery koła o średnicy min. 150 mm. Każde koło posiadające blokadę jazdy i obrotu. Łózko wyposażone w dodatkowe 5 koło, ułatwiające manewrowanie na zakrętach i pełniące funkcję koła kierunkowego. Możliwość aktywacji 5 koła zarówno z lewej jak i z prawej strony łóżka. | TAK |  |
|  | Dopuszczalne bezpieczne obciążenie min. 250 kg | Podać |  |
|  | Zasilanie elektryczne 220-240V; 60 Hz/ 50 Hz | TAK |  |
|  | Wyposażenie:- wieszak kroplówki | TAK |  |
|  | Materac przeciwodleżynowy pasywny na łóżko o następujących cechach (po 1 sztuce na łóżko):- Wymiar dostosowany do wymiarów leża- Dostosowany dla pacjentów o wadze do min. 180 kg- Wkład – pianka- Pianka przeciwodleżynowa typu „gofer” o gęstości co najmniej 35 kg/m3- Bezfreonowa, nietoksyczna – nie zawierająca dimetylofumaranu- Wykonana z materiałów antyalergicznych,- Pokrowiec materaca – składający się z 2 warstw: dzianiny wykonanej w 100% z bielonego poliestru oraz warstwy poliuretanu – gęstość materiału 150 +/-5% g/m2- Wodoszczelny, nieprzepuszczalny dla zabrudzeń i zanieczyszczeń ciekłych (wydaliny, wydzieliny)- Oddychający , paroprzepuszczalny, przepuszczający powietrze- Przepuszczalność powietrza nie gorsza niż 1000g/m2/24h - Pokrowiec rozpinany zabezpieczony przed przenikaniem zanieczyszczeń listwą.- Materiał pokryty powłoką o właściwościach antybakteryjnych i przeciwgrzybicznych – odporny na przenikani mikroorganizmów- Odporny na wszystkie środki dezynfekcyjne nie zawierające chloru- Pranie w temp. do 95°C- Odporny na dezynfekcję termiczną , parową w 105°C i prasowanie do 110°C- Pozytywne badanie na niepalność materiału - Certyfikat Oeko-Tex Standard 100 - Raport z badań wyznaczający odporność pokrowca materaca na przenikanie bakterii na mokro - wydane przez uprawiony podmiot - Świadectwo jakości zdrowotnej PZH- Deklaracja zgodności CE | TAK |  |
|  | Firmowe materiały informacyjne producenta lub autoryzowanego dystrybutora w języku polskim potwierdzające spełnienie wymaganych parametrów oferowanego wyrobu  | TAK |  |
| **Pozostałe wymagania** |
|  | Certyfikat ISO 9001 oraz ISO 13485 dla producenta łóżka  | TAK |  |
|  | Deklaracja zgodności CE wydana przez producenta  | TAK |  |

\* Zamawiający w OPZ przedstawił minimalne wymagane parametr urządzeń/ aparatury/sprzętu. W kolumnie „D” należy wpisać parametry lub potwierdzić zapisem „TAK” spełnienie wymagań wskazanych przez Zamawiającego w OPZ.

**Pozycja 2 – Szafka przyłóżkowa – 9 sztuk**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wymaganych parametrów** | **Parametry****wymagane** | **Potwierdzenie spełnienia warunku:****„TAK”****lub PODAĆ** |
| **A** | **B** | **C** | **D\*** |
|  | Nazwa i typ | Podać |  |
|  | Producent | Podać |  |
|  | Kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Rok produkcji, nie wcześniej niż w 2023 r. | Podać |  |
|  | Szkielet szafki wykonany z blachy stalowej, pokrytej lakierem poliestrowo - epoksydowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne, mycie szpitalne i promieniowanie UV | TAK |  |
|  | Szafka wyposażona w szufladę górną oraz dolną – kontener, otwierane dwustronnie, co umożliwia ustawienie z prawej lub lewej strony łóżka bez dokonywania przeróbek | TAK |  |
|  | Wymiary szafki:-Wymiary blatu: 540 x 420 mm, (+/- 30mm)-Wysokość: 860 mm, (+/-30 mm)-Szerokość korpusu szafki: 520 mm, (+/-30 mm)-Głębokość korpusu szafki: 420 mm, (+/-30 mm) | Podać |  |
|  | Szafka wyposażona w boczną wnękę wypełnioną tworzywową wypraską o wysokości całkowitej min 750 mm i głębokości 90 mm, z podziałem na część górną (wys. min 380 mm) przeznaczoną na np. dwie butelki o poj. min 1l oraz część dolną (wys. min. 290 mm) na mniejsze podręczne rzeczy. | TAK |  |
|  | Tworzywowa boczna wnęka w części górnej wyposażona w min. 1 metalowy pręt zabezpieczający rzeczy przed wypadnięciem oraz dolnej części wyposażona w min. dwa metalowe pręty. | TAK |  |
|  | Blat główny wykonany z płyty HPL odpornej na wilgoć, dezynfekcję oraz promieniowanie UV | TAK |  |
|  | Fronty szuflad pokryte lakierem proszkowym odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne i promieniowanie UV | TAK |  |
|  | Wnętrze szuflad wypełnione wyjmowanymi wkładami z tworzywa | TAK |  |
|  | Szuflady zabezpieczone przed przypadkowym całkowitym wysunięciem | TAK |  |
|  | Szafka wyposażona w zaokrąglone uchwyty do otwierania szuflad | TAK |  |
|  | Szuflada górna o wysokości min. 9 cm | Podać |  |
|  | Szuflada dolna o wysokości min. 40 cm | Podać |  |
|  | Pomiędzy szufladą górną a skrzynią dolną szafka posiadająca wolną przestrzeń o wysokości min. 17 cm na podręczne przedmioty | TAK |  |
|  | Szafka wyposażona w 4 koła jezdne podwójne o średnicy min. 50 mm z blokadą – koła tworzywowe – niebrudzące podłoża | TAK |  |
|  | Szafka przystosowana do mycia i dezynfekcji | TAK |  |
|  | Możliwość wyboru kolorów frontów szuflad z min. 8 kolorów | TAK |  |
| **Pozostałe wymagania** |
|  | Certyfikat ISO 9001 oraz ISO 13485 dla producenta | TAK |  |
|  | Deklaracja zgodności CE wydana przez producenta | TAK |  |
|  | Wpis lub zgłoszenie do RWM w Polsce | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | Podać |  |
|  | Firmowe materiały informacyjne producenta lub autoryzowanego dystrybutora w języku polskim potwierdzające spełnienie wymaganych parametrów oferowanego wyrobuW przypadku wątpliwości co do zaoferowanych parametrów, Zamawiający zastrzega sobie możliwość wezwania oferenta do prezentacji oferowanego wyrobu | TAK |  |
|  | Zapewnienie producenta lub autoryzowanego dystrybutora o dostępności części zamiennych przez okres minimum 10 lat | TAK |  |
|  | Zapewnienie producenta lub autoryzowanego dystrybutora o zapewnieniu serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego | TAK |  |

\* Zamawiający w OPZ przedstawił minimalne wymagane parametr urządzeń/ aparatury/sprzętu. W kolumnie „D” należy wpisać parametry lub potwierdzić zapisem „TAK” spełnienie wymagań wskazanych przez Zamawiającego w OPZ.

**Pakiet 2:**

**Pozycja 1 – Fotel okulistyczny – 2 sztuki**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wymaganych parametrów** | **Parametry****wymagane** | **Potwierdzenie spełnienia warunku:****„TAK”****lub PODAĆ**  |
| **A** | **B** | **C** | **D\*** |
|  | Nazwa i typ | Podać |  |
|  | Producent | Podać |  |
|  | Kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Rok produkcji, nie wcześniej niż w 2023 r. | Podać |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości | TAK |  |
|  | Oparcie uchylane o min. 45° | TAK |  |
|  | Praktyczny przełącznik nożny dający możliwość regulacji wysokości fotela | TAK |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Napięcie zasilania 100 – 240V AC, 50/60Hz |  |

 | TAK |  |
|  | Maksymalny udźwig min. 150 kg | Podać |  |
|  | - podnóżek- podłokietniki | TAK |  |

\* Zamawiający w OPZ przedstawił minimalne wymagane parametr urządzeń/ aparatury/sprzętu. W kolumnie „D” należy wpisać parametry lub potwierdzić zapisem „TAK” spełnienie wymagań wskazanych przez Zamawiającego w OPZ.

**Pakiet 3:**

**Pozycja 1 – Stół rehabilitacyjny – 1 sztuka**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wymaganych parametrów** | **Parametry****wymagane** | **Potwierdzenie spełnienia warunku:****„TAK”****lub PODAĆ**  |
| **A** | **B** | **C** | **D\*** |
|  | Nazwa i typ | Podać |  |
|  | Producent | Podać |  |
|  | Kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Rok produkcji, nie wcześniej niż w 2023 r. | Podać |  |
|  | Wymiary: dł. x szer.190 x 66 cm | Podać |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości49 – 105 cm | Podać |  |
|  | Regulacja zagłówka za pomocą sprężyny gazowej-85 / + 35° | TAK |  |
|  | Regulacja części głównej do pozycji PIVOTA45° | TAK |  |
|  | Regulacja części pod nogi do pozycji siedzącej70° | TAK |  |
|  | Maksymalne obciążenieDo 150 kg | Podać |  |
|  | Zasilanie 230V / 50Hz | TAK |  |
|  | Wyposażenie standardowe:* Pilot ręczny
* Uchwyt do mocowania pasów stabilizacyjnych
 | TAK |  |
|  | Wyposażenie opcjonalne:* Trójdzielny zagłówek (podłokietniki)
* System jezdny z hamulcami
* Uchwyt do mocowania papieru
* Banany – 3 szt., o 3 stopniach położenia
 | TAK |  |

\* Zamawiający w OPZ przedstawił minimalne wymagane parametr urządzeń/ aparatury/sprzętu. W kolumnie „D” należy wpisać parametry lub potwierdzić zapisem „TAK” spełnienie wymagań wskazanych przez Zamawiającego w OPZ.

**Dodatkowe wymagania dotyczące Pakietów 1, 2 i 3:**

1. Wykonawca zobowiązany jest do udzielenia gwarancji na okres min. 24 miesięcy (okres wskazany w formularzu ofertowym stanowiącym Załącznik nr 1 do SWZ) od daty podpisania protokołu odbioru urządzeń/aparatury/sprzętu na następujących warunkach:
2. Bezpośredni kontakt z autoryzowanym serwisem w dni robocze od poniedziałku do piątku od. 7.30 do 15.30,
3. Czas przystąpienia do naprawy w miejscu użytkowania sprzętu w ciągu 3 dni roboczych po zgłoszeniu awarii e-mailem lub telefonicznie,
4. Nieodpłatne usunięcie przez autoryzowany serwis producenta wszystkich wad sprzętu w terminie 3 dni roboczych licząc od czasu przystąpienia do naprawy – bez konieczności użycia części zamiennych,
5. Nieodpłatne usunięcie przez autoryzowany serwis producenta wszystkich wad sprzętu w terminie 6 dni roboczych licząc od czasu przystąpienia do naprawy – w przypadku konieczności użycia części zamiennych,
6. Okres gwarancji ulega przedłużeniu o czas przedłużającej się naprawy, w którym sprzęt nie był użytkowany w związku z awarią trwającą powyżej 30 dni roboczych,
7. Nieodpłatne usunięcie przez autoryzowany serwis producenta wszystkich wad sprzętu: w przypadku stwierdzenia wad elementu zestawu lub podzespołu najpóźniej po trzeciej naprawie tego samego elementu zestawu lub podzespołu następuje wymiana na fabrycznie nowy sprzęt,
8. W przypadku wymiany wadliwego Sprzętu na nowy, termin gwarancji na wymieniony sprzęt biegnie na nowo, licząc od dnia wymiany,
9. Bezpłatne przeglądy techniczne sprzętu medycznego podczas trwania gwarancji w terminach wymaganych przez producenta. Ostatni przegląd nie wcześniej niż na miesiąc przed upływem terminu gwarancji. Każdy przegląd zakończony wystawieniem karty pracy (raportu serwisowego) oraz dokonaniem wpisu do paszportu technicznego.
10. Wykonawca zobowiązany jest potwierdzić (e-mailem lub telefonicznie) Zamawiającemu otrzymanie zgłoszenia awarii sprzętu.
11. Wykonawca zobowiązany jest przystąpić do przeglądów (bezpłatnych podczas trwania gwarancji) bez odrębnego wzywania przez Zamawiającego. Wykonawca po wykonaniu przeglądu technicznego zobowiązany jest wpisać w paszporcie datę następnego przeglądu oraz przekazać Zamawiającemu kartę pracy lub raport z wykonanego przeglądu.
12. Montaż i uruchomienie sprzętu nastąpi w pomieszczeniu wskazanym przez Zamawiającego.
13. Po montażu i uruchomieniu sprzętu Wykonawca przeprowadzi szkolenie na stanowisku pracy personelu obsługującego dany sprzęt i sporządzi protokół (2 egz.) ze szkolenia, na którym osoby szkolone potwierdzą podpisem odbycie szkolenia.
14. Po montażu i uruchomieniu sprzętu oraz przeprowadzeniu szkolenia, Zamawiający dokona protokolarnego odbioru sprzętu sporządzonego w 3 egz. (jeden dla Wykonawcy, dwa dla Zamawiającego).

Upełnomocniony Przedstawiciel Wykonawcy

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

 (podpis i pieczęć)

 Data:..................................................................