|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (pieczęć Wykonawcy) | Załącznik nr 7a do SWZ | | |
| Strona nr |  | stron. |
| z ogólnej liczby |  |

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pozycja nr 1: Lampa zabiegowa na statywie jezdnym – 1 sztuka** | | | |
| **L.p.** | **Wymagania minimalne** | **Wymagane parametry** | **Potwierdzenie spełnienia warunku: „TAK” lub należy PODAĆ** |
| **A** | **B** | **C** | **D\*** |
| **1.** | Producent | Podać |  |
| **2.** | Typ, model | Podać |  |
| **3.** | Rok produkcji: nie starszy niż 2024 rok | Podać |  |
| **4.** | Lampa zabiegowa na statywie jezdnym – statyw z 4 kołami (2 koła z hamulcem) | TAK |  |
| **5.** | Regulacja położenia lampy możliwa dzięki uchwytowi przy kopule zapewniającemu dokładne pozycjonowanie lampy | TAK |  |
| **6.** | Okrągły kształt lampy zapewniający dokładne oświetlenie pola zabiegowego i bezcieniowość | TAK |  |
| **7.** | Średnica kopuły do 30 cm. | Podać |  |
| **8.** | Kopuła wyposażona w uchwyt brudny | TAK |  |
| **9.** | Kopuła wyposażona w wymienny sterylizowany uchwyt (min. 2 uchwyty w komplecie) | Podać |  |
| **10.** | Ramię poruszające się w pionie dzięki sprężynowemu systemowi równoważącemu | TAK |  |
| **11.** | Możliwość obrotu kopuły względem osi pionowej i poziomej | TAK |  |
| **12.** | Ilość źródeł światła - 18 (tylko białe diody LED) | TAK |  |
| **13.** | Zastosowanie techniki diodowej eliminujące nagrzewanie się lampy | TAK |  |
| **14.** | Natężenie oświetlenia w odległości 1 m: 60.000 lux | TAK |  |
| **15.** | Wgłębność oświetlenie dla 60% L1+L2 120 cm | TAK |  |
| **16.** | Współczynnik odwzorowania barw Ra 96 | TAK |  |
| **17.** | Temperatura barwowa: 4.400 K | TAK |  |
| **18.** | Regulacja natężenia oświetlenia realizowana poprzez uchwyt sterylny w zakresie 50-100% | TAK |  |
| **19.** | Pobór mocy – 20 W | TAK |  |
| **20.** | Waga do 35 kg | Podać |  |
| **21.** | Żywotność źródła światła min 40.000 godz. | Podać |  |
| **22.** | Klasa zabezpieczenia przed porażeniem elektrycznym: I | TAK |  |
| **23.** | Okres gwarancji sprzętu powinien wynosić co najmniej 24 miesiące | Podać |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pozycja nr 2 – Szafa zabiegowa w połowie przeszklona – 1 sztuka** | | | |
| **L.p.** | **Wymagania minimalne** | **Wymagane parametry** | **Potwierdzenie spełnienia warunku: „TAK” lub należy PODAĆ** |
| **A** | **B** | **C** | **D\*** |
| **1.** | Producent | Podać |  |
| **2.** | Typ, model, kraj pochodzenia | Podać |  |
| **3.** | Rok produkcji: nie starszy niż 2024 rok | Podać |  |
| **4.** | Składająca się z dwóch elementów:   * 1 element: 4 szuflady  Szer. 60 cm x gł. 50 cm x wys. 80 cm * 2 element:  2 drzwiowy,  front w połowie przeszklony,  półka w środku,  Szer. 60 cm x gł. 50 cm x wys. 80 cm | TAK |  |
| **5.** | Korpusy szafek wykonane z płyty tworzywowej zapewniające odpowiednią trwałość i stabilność mebli. Powierzchnie gładkie, nie zawierające ostrych krawędzi | TAK |  |
| **6.** | Płyta użyta do produkcji mebli nie może być cięższa niż 550 kg/m3 – nie dopuszcza się płyty wiórowej laminowanej dwustronnie | TAK |  |
| **7.** | Płyta do produkcji korpusów mebli nienasiąkliwa, całkowicie odporna na wilgoć, płyny, wodę. Nie dopuszcza się stosowania płyty wiórowej pokrytej melaminą | TAK |  |
| **8.** | Powierzchnia płyty gładka, półmatowa umożliwiająca łatwe utrzymanie w czystości oraz dezynfekcję środkami dezynfekcyjnymi | TAK |  |
| **9.** | Płyta użyta do produkcji mebli w kolorze białym. Wąskie krawędzie płyty zabezpieczone obrzeżem w kolorze  do wyboru przez Zamawiającego | TAK |  |
| **10.** | Zawiasy drzwi płytowych powinny umożliwiać otwarcie drzwiczek do kąta 270 stopni i posiadać mechanizm umożliwiający ciche domykanie drzwi | TAK |  |
| **11.** | W przypadku frontów oszklonych w szafkach wiszących szyba powinna być zamontowana w systemowej ramie aluminiowej. Uchwyt mocowany do szkła, w sposób bezpieczny, wypełniające szkło przeźroczyste. W szafkach ze szkłem zawiasy o kącie otwarcia 95 stopni | TAK |  |
| **12.** | W szafkach z szufladami prowadnice z min. 90% wysuwu, z mechanizmem cichego domyku oraz dociągiem. Prowadnice nie mogą być widoczne po otwarciu szuflady | TAK |  |
| **13.** | Półki w szafkach wykonane z płyty tworzywowej, wyposażone w system napinający, który powinien dopasowywać półkę do obciążenia | TAK |  |
| **14.** | Meble przeznaczone do użytkowania w pomieszczeniach jednostek ochrony zdrowia, które ze względu na swoje przeznaczenie powinny umożliwiać zachowanie ich aseptyczności poprzez mycie i dezynfekcję w warunkach szpitalnych | TAK |  |
| **15.** | Meble ze względu na swoje przeznaczenie powinny posiadać Atest Higieniczny obejmujący cały system mebli. Nie dopuszcza się przedstawienia Atestów Higienicznych  na poszczególne składowe mebli. Stosowny dokument należy przedstawić na wezwanie Zamawiającego | TAK |  |
| **16.** | Możliwość wybory koloru obrzeża płyty | Podać |  |
| **17.** | Uchwyt drzwiowy z zamkiem | TAK |  |
| **18.** | Okres gwarancji sprzętu powinien wynosić co najmniej 24 miesięcy | Podać |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pozycja nr 3 – Szafa zabiegowa przeszklona – 1 sztuka** | | | |
| **L.p.** | **Wymagania minimalne** | **Wymagane parametry** | **Potwierdzenie spełnienia warunku: „TAK” lub należy PODAĆ** |
| **A** | **B** | **C** | **D\*** |
| **1.** | Producent | Podać |  |
| **2.** | Typ, model, kraj pochodzenia | Podać |  |
| **3.** | Rok produkcji: nie starszy niż 2024 rok | Podać |  |
| **4.** | Składająca się z dwóch elementów (z możliwością zawieszenia):   * 1 element:   front przeszklony,  półka w środku Szer. 60 cm x wys. 60 cm x gł. 40 cm   * 2 element:  2 drzwiowy,  front pełny półka w środku,  Szer. 60 cm x wys. 60 cm x gł. 40 cm | TAK |  |
| **5.** | Korpusy szafek wykonane z płyty tworzywowej zapewniające odpowiednią trwałość i stabilność mebli. Powierzchnie gładkie, nie zawierające ostrych krawędzi | TAK |  |
| **6.** | Płyta użyta do produkcji mebli nie może być cięższa niż 550 kg/m3 – nie dopuszcza się płyty wiórowej laminowanej dwustronnie | TAK |  |
| **7.** | Płyta do produkcji korpusów mebli nienasiąkliwa, całkowicie odporna na wilgoć, płyny, wodę. Nie dopuszcza się stosowania płyty wiórowej pokrytej melaminą | TAK |  |
| **8.** | Powierzchnia płyty gładka, półmatowa umożliwiająca łatwe utrzymanie w czystości oraz dezynfekcję środkami dezynfekcyjnymi | TAK |  |
| **9.** | Płyta użyta do produkcji mebli w kolorze białym. Wąskie krawędzie płyty zabezpieczone obrzeżem w kolorze  do wyboru przez Zamawiającego | TAK |  |
| **10.** | Zawiasy drzwi płytowych powinny umożliwiać otwarcie drzwiczek do kąta 270 stopni i posiadać mechanizm umożliwiający ciche domykanie drzwi | TAK |  |
| **11.** | W przypadku frontów oszklonych w szafkach wiszących szyba powinna być zamontowana w systemowej ramie aluminiowej. Uchwyt mocowany do szkła, w sposób bezpieczny, wypełniające szkło przeźroczyste. W szafkach ze szkłem zawiasy o kącie otwarcia 95 stopni | TAK |  |
| **12.** | W szafkach z szufladami prowadnice z min. 90% wysuwu, z mechanizmem cichego domyku oraz dociągiem.  Prowadnice nie mogą być widoczne po otwarciu szuflady | TAK |  |
| **13.** | Półki w szafkach wykonane z płyty tworzywowej, wyposażone w system napinający, który powinien dopasowywać półkę do obciążenia | TAK |  |
| **14.** | Meble przeznaczone do użytkowania  w pomieszczeniach jednostek ochrony zdrowia, które ze względu na swoje przeznaczenie powinny umożliwiać zachowanie ich aseptyczności poprzez mycie  i dezynfekcję w warunkach szpitalnych | TAK |  |
| **15.** | Meble ze względu na swoje przeznaczenie powinny posiadać Atest Higieniczny obejmujący cały system mebli. Nie dopuszcza się przedstawienia Atestów Higienicznych  na poszczególne składowe mebli. Stosowny dokument należy przedstawić na wezwanie Zamawiającego | TAK |  |
| **16.** | Możliwość wybory koloru obrzeża płyty | Podać |  |
| **17.** | Uchwyt drzwiowy z zamkiem | TAK |  |
| **18.** | Okres gwarancji sprzętu powinien wynosić co najmniej 24 miesiące | Podać |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pozycja nr 4 –Waga medyczna – 1 sztuka** | | | |
| **L.p.** | **Wymagania minimalne** | **Wymagane parametry** | **Potwierdzenie spełnienia warunku: „TAK” lub należy PODAĆ** |
| **A** | **B** | **C** | **D\*** |
| **1.** | Producent | Podać |  |
| **2.** | Typ, model | Podać |  |
| **3.** | Rok produkcji, nie starsze niż 2024r. | Podać |  |
| **4.** | Maksymalna waga pacjenta 200 kg | TAK |  |
| **5.** | Świadectwo legalizacji | TAK |  |
| **6.** | Waga przenośna | TAK |  |
| **7.** | Automatyczne uruchamianie przez nadepnięcie oraz auto-wyłączanie | TAK |  |
| **8.** | Antypoślizgowa powierzchnia | TAK |  |
| **9.** | Podświetlany wyświetlacz LCD na wysięgniku | TAK |  |
| **10.** | Dokładność odczytu 20g / 100g | TAK |  |
| **11.** | Czas stabilizacji wskazań 1-2s | TAK |  |
| **12.** | Zakres tary : - 200 kg | TAK |  |
| **13.** | **Wewnętrzny akumulator** -  6 V pozwalający na pracę urządzenia bez podłączenia do zasilania (czas pracy do 9 godzin). Urządzenie wyposażone w akumulator  i podłączone do zasilania sieciowego automatycznie kontrolujący stan i ładujące akumulator, o czym informuje piktogram znajdujący się na wyświetlaczu. | TAK |  |
| **14.** | Okres gwarancji sprzętu powinien wynosić co najmniej 24 miesięcy | Podać |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pozycja nr 5 – Fotel zabiegowy – 1 sztuka** | | | |
| **Nazwa parametru** | **Wymagania minimalne** | **Wymagane parametry** | **Potwierdzenie spełnienia warunku: „TAK” lub należy PODAĆ** |
| **A** | **B** | **C** | **D\*** |
| **1.** | Producent | Podać |  |
| **2.** | Typ, model | Podać |  |
| **3.** | Rok produkcji, nie starszy niż 2024r. | Podać |  |
| **4.** | Regulacji wysokości siedziska za pomocą kolumny elektrycznej | TAK |  |
| **5.** | Regulacja kątów pochylenia segmentów oparcia pleców oraz siedziska i podudzia za pomocą siłowników elektrycznych | TAK |  |
| **6.** | Podłokietniki na obie strony | TAK |  |
| **7.** | Zagłówek stabilizujący głowę | TAK |  |
| **8.** | Układ jezdny z blokada kół | TAK |  |
| **9.** | Okres gwarancji sprzętu powinien wynosić co najmniej 24 miesięcy | Podać |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pozycja nr 6 – Fotel – 2 sztuki** | | | |
| **Nazwa parametru** | **Wymagania minimalne** | **Wymagane parametry** | **Potwierdzenie spełnienia warunku: „TAK” lub należy PODAĆ** |
| **A** | **B** | **C** | **D\*** |
| **1.** | Producent | Podać |  |
| **2.** | Typ, model | Podać |  |
| **3.** | Rok produkcji, nie starszy niż 2024r. | Podać |  |
| **4.** | Fotel obrotowy z regulacją wysokości | TAK |  |
| **5.** | Mechanizm synchroniczny | TAK |  |
| **6.** | Podstawa tworzywowa w kolorze czarnym | TAK |  |
| **7.** | Podłokietniki z regulacją wysokości | TAK |  |
| **8.** | Tapicerka zmywalna | TAK |  |
| **9.** | Okres gwarancji sprzętu powinien wynosić co najmniej 24 miesięcy | Podać |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pozycja nr 7 – Biurko podwójne – 1 sztuka** | | | |
| **Nazwa parametru** | **Wymagania minimalne** | **Wymagane parametry** | **Potwierdzenie spełnienia warunku: „TAK” lub należy PODAĆ** |
| **A** | **B** | **C** | **D\*** |
| **1.** | Producent | Podać |  |
| **2.** | Typ, model | Podać |  |
| **3.** | Rok produkcji, nie starszy niż 2024r. | Podać |  |
| **4.** | Wymiary 200 x 70 x 75 cm | TAK |  |
| **5.** | Stelaż metalowy o przekroju prostokątnym lakierowany proszkowo | TAK |  |
| **6.** | Blat z płyty laminowanej obustronnie o grubości 25 mm | TAK |  |
| **7.** | Okres gwarancji sprzętu powinien wynosić co najmniej 24 miesięcy | Podać |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pozycja nr 8 – Telefon bezprzewodowy – 1 sztuka** | | | |
| **Nazwa parametru** | **Wymagania minimalne** | **Wymagane parametry** | **Potwierdzenie spełnienia warunku: „TAK” lub należy PODAĆ** |
| **A** | **B** | **C** | **D\*** |
| **1.** | Producent | Podać |  |
| **2.** | Typ, model | Podać |  |
| **3.** | Rok produkcji, nie starszy niż 2024r. | Podać |  |
| **4.** | Telefon bezprzewodowy | TAK |  |
| **5.** | Menu w języku polskim | TAK |  |
| **6.** | Ilość słuchawek w komplecie : 1 | TAK |  |
| **7.** | |  |  | | --- | --- | | Zasięg słuchawki w pomieszczeniach: minimum 30 metrów | **30 metrów** | |  |  | | Podać |  |
| **8.** | |  |  | | --- | --- | | Podświetlenie wyświetlacza | **tak** | | TAK |  |
| **9.** | |  |  | | --- | --- | | Zasilanie słuchawki: 2 akumulatory AAA NiMH | **2 akumulatory AAA NiMH** | | TAK |  |
| **10.** | Baza | TAK |  |
| **11.** | Kabel telefoniczny (1,5 m) | TAK |  |
| **12.** | Zasilacz | TAK |  |
| **13.** | Okres gwarancji sprzętu powinien wynosić co najmniej 24 miesięcy | Podać |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pozycja nr 9 – Kosz na śmieci – 3 sztuki** | | | |
| **Nazwa parametru** | **Wymagania minimalne** | **Wymagane parametry** | **Potwierdzenie spełnienia warunku: „TAK” lub należy PODAĆ** |
| **A** | **B** | **C** | **D\*** |
| **1.** | Producent | Podać |  |
| **2.** | Typ, model | Podać |  |
| **3.** | Rok produkcji, nie starszy niż 2024r. | Podać |  |
| **4.** | Dwie obręcze do zamocowania 2 worków | TAK |  |
| **5.** | Obręcz wyposażona w gumowy kołnierz, zawijany do góry | TAK |  |
| **6.** | Pokrywy wykonane z ABS | TAK |  |
| **7.** | |  |  | | --- | --- | | Mechanizm spowalniający opadanie pokrywy | | |  |  | | TAK |  |
| **8.** | Konstrukcja wykonana ze stali nierdzewnej | TAK |  |
| **9.** | Kołka obrotowe | TAK |  |
| **10.** | Okres gwarancji sprzętu powinien wynosić co najmniej 24 miesięcy | Podać |  |

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

Upełnomocniony Przedstawiciel Wykonawcy

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

(podpis i pieczęć)

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