**Załącznik nr 2 do SWZ**

**ZP/15/2025**

Pakiet 2 -Fotele urologiczne 2 szt.

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**UWAGA:**

\*Kolumnę Parametry oferowane należy wypełnić

**Kryterium oceny ofert: Parametry jakości**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry i warunki techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane\*** |
| **I. Wymagania Ogólne** | | | |
| 1 | Nazwa Urządzenia | Podać |  |
| 2 | Typ Urządzenia | Podać |  |
| 3 | Producent | Podać |  |
| 4 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 5 | Rok produkcji 2025, urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane | TAK |  |
| 6 | Aktualne dokumenty potwierdzające, że zaoferowany przez wykonawcę sprzęt jest dopuszczony do użytku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (deklaracja zgodności i oznakowanie znakiem CE), tzn. ,że oferowany sprzęt posiada wymogi określone w Ustawie z dnia 07.04.2022 r. o wyrobach medycznych (DZ.U 2024 poz. 1620 ze zm.) oraz dyrektywami Unii Europejskiej | TAK |  |
| 7 | Klasyfikacja zgodna z normą IEC/EN 60601-1, ochrona przed porażeniem prądem lub równoważna | Tak |  |
| 8 | Ochrona przed wilgocią | Podać |  |
| **II. Parametry techniczne urządzenia** | | | |
| 1 | Łatwą obsługę zapewnia elektryczne sterowanie, które umożliwia regulacje: wysokości, kąta nachylenia pleców i siedziska, a także pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga. | Tak |  |
| 2 | Nachylenie segmentu pleców regulowane jednocześnie z nachyleniem segmentu siedziska. | Tak |  |
| 3 | Fotel sterowany za pomocą pilota i sterowników nożnych. | Tak |  |
| 4 | 1. Mobilna podstawa umożliwiająca ustawienie fotela w dowolny miejscu w gabinecie. Dźwignia blokady umieszczona z tyłu fotela nie przeszkadza lekarzowi podczas pracy. | Tak |  |
| 5 | Wyprofilowana przednia część podstawy ułatwia wchodzenie na fotel i zapewnia lekarzowi solidne podparcie pod stopy. | Tak |  |
| 6 | 1. Wszystkie tworzywowe i lakierowane elementy wykonane w antyseptycznej technologii. | Tak |  |
| 7 | 1. Szyny akcesoryjne ze stali nierdzewnej umieszczone po obu stronach siedziska i oparcia pleców. | Tak |  |
| 8 | 1. Dedykowane miejsce na misę na płyny fizjologiczne | Tak |  |
| 9 | Fotel wyposażony jest w bezszwową, antybakteryjną tapicerkę, nie zawierającą ftalanów. | Tak |  |
| 10 | Zastosowane materiały są odporne na działanie środków dezynfekujących | Tak |  |
| 11 | Szerokie, wygodne siedzisko i łatwy dostęp | Tak |  |
| 12 | Możliwość na dzień składania oferty wykorzystania jako stół zabiegowy. | Tak |  |
| 13 | Wysokie SWL umożliwiające leczenie otyłych pacjentów. | Tak |  |
| 14 | Szerokość całkowita siedziska i oparcia pleców 745 mm ±5% | Tak /Podać |  |
| 15 | Szerokość (siedzisko / oparcie pleców) 570 mm / 565 mm ±5% | Tak /Podać |  |
| 16 | Regulacja wysokości w pozycji siedzącej (w pozycji poziomej) 560 - 860 mm (780 - 1080 mm) ±5% | Tak /Podać |  |
| 17 | Kąt nachylenia oparcia pleców -10° to +65° ±5% | Tak /Podać |  |
| 18 | Kąt nachylenia siedziska -65° to +10° ±5% | Tak /Podać |  |
| 19 | Pozycja Trendelenburg /anty-Trendelenburga 10° / 65° ±5% | Tak /Podać |  |
| 20 | Zasilanie 230/127/110/100 V ~, 50/60 Hz | Tak /Podać |  |
| 21 | Maksymalny pobór mocy 300 VA ±5% | Tak /Podać |  |
| 22 | Klasa ochrony elektrycznej / część aplikacyjna II / B | Tak /Podać |  |
| 23 | Maksymalne dopuszczalne obciążenie 200 kg ±5% | Tak /Podać |  |
| **Wyposażenie dodatkowe** | | | |
| 24 | 1 x uchwyt ręki montowany do listwy akcesoryjnej za pomocą adaptera | Tak |  |
| 25 | 2 x podkolanniki montowane do listwy akcesoryjnej za pomocą adaptera | Tak |  |
| 26 | 2 x uchwyt rąk montowany do siedziska | Tak |  |
| 27 | 2 x podpórka stóp montowana do siedziska | Tak |  |
| 28 | 1 x Podnóżek tapicerowany | Tak |  |
| 29 | 1 x wysuwana misa ze stali nierdzewnej o pojemności min. 4 litrów | Tak /Podać |  |
| 30 | 1 x sterownik nożny | Tak |  |
| 31 | 1 x pilot | Tak |  |
| 32 | 1 x uchwyt na rolkę papieru podkładowego | Tak |  |
| 33 | 1 x segme4nt podudzia (demontowany) | Tak |  |
| **III. Informacje dodatkowe - warunki gwarancji i serwisu** | | | |
| 1 | **Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 m-ce)** Wyklucza się możliwość oferowania ubezpieczenia lub kontraktu serwisowego. | **Tak, podać** |  |
| 2 | Czas podjęcia naprawy przez serwis max 48h od momentu zgłoszenia | Tak, podać |  |
| 3 | Zapewnienie dostępności części zamiennych przez min. 10 lat od daty dostawy i instalacji systemu w siedzibie użytkownika. | Tak, podać |  |
| 4 | Instrukcja w języku polskim, w formie wydrukowanej i wersji elektronicznej na płycie CD lub PenDrive.  *Dostarczyć wraz z dostawa przedmiotu zamówienia.* | Tak, podać |  |
| 5 | Bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji. | Tak, podać |  |
| 6 | Bezpłatne szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi aparatu przeprowadzone w siedzibie Zamawiającego. | Tak, podać |  |
| 7 | Liczba napraw uprawniających do wymiany urządzenia na nowe (3 naprawy tego samego modułu) | Tak, podać |  |
| 8 | Serwis na terenie Polski | Tak, podać |  |
| 9 | Paszport techniczny (wypełniony zgodnie z załączoną instrukcją – Załącznik nr 12 do SWZ) | Tak |  |

**Uwaga:   
1. Parametry techniczne graniczne stanowią wymagania - nie spełnienie choćby jednego z w/w wymogów spowoduje odrzucenie oferty.**

**2. Zamawiający zastrzega sobie możliwość zażądania potwierdzenia wiarygodności przedstawionych przez Wykonawcę danych we wszystkich dostępnych źródłach w tym u producenta.**

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

podpis