Załącznik Nr 1.1

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH

**STÓŁ OPERACYJNY WRAZ Z FOTELEM DLA OPERATORA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **pARAMETRY TECHNICZNE I UŻYTKOWE** | Parametr graniczny/ warunek wymagany | Parametry techniczne oferowane przez Wykonawcę (podać zakres lub opisać) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |
|  | Oferent / Producent | Podać |  |
|  | Nazwa i typ | Podać |  |
|  | Kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Rok produkcji 2023 | TAK |  |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy | TAK |  |
| **I** | **STÓŁ OPERACYJNY – 1 SZT** |
|  | Stół przeznaczony do zabiegów operacyjnych w zakresie chirurgii okulistycznej | TAK |  |
|  | Stół z hydraulicznie składanymi czteroma elementami blatu | TAK |  |
|  | Możliwość zamontowania dodatkowego podgłówka na już istniejącym | TAK |  |
|  | Regulacja wzdłużna, teleskopowa podgłówka z możliwością regulacji jego kąta nachylenia pod kark pacjenta | TAK |  |
|  | Długość segmentu nożnego nie mniejsza niż 580mm | TAK, podać |  |
|  | Długość segmentu podudzia nie mniejsza niż 470mm  | TAK, podać |  |
|  | Długość segmentu tułowia nie mniejsza niż 540mm | TAK, podać |  |
|  | Zagłówek z możliwością wzdłużnej regulacji nie mniejszej niż 188mm. | TAK, podać |  |
|  | Regulacja hydrauliczna ruchu stołu góra / dół w zakresie od 515 do 945mm ±10mm, prędkość regulacji 9,6-12,1mm/s | TAK |  |
|  | Zakres regulacji kąta nachylenia zagłówka od -39º do +30 º, prędkość regulacji 4-6⁰/s | TAK |  |
|  | Zakres regulacji kąta nachylenia tułowia od -11 º do +80 º, prędkość regulacji 1,7-7,6⁰/s | TAK |  |
|  | Zakres regulacji kąta nachylenia podudzia od -9 º do +38 º, prędkość regulacji 2,1-8,4⁰/s | TAK |  |
|  | Zakres regulacji kąta nachylenia dolnej części nóg od -74 º do + 28 º, prędkość regulacji 2,7-11,27⁰/s | TAK |  |
|  | Maksymalna długość całkowita stołu nie mniej niż 1983mm  | TAK, podać |  |
|  | Szerokość stołu co najmniej 767mm | TAK, podać |  |
|  | Waga stołu nie więcej niż 160kg | TAK, podać |  |
|  | Maksymalne obciążenie stołu 250kg (+/- 10kg) | TAK, podać |  |
|  | Maksymalne obciążenie zagłówka nie mniej niż 30kg | TAK, podać |  |
|  | Maksymalne obciążenie dolnej części nóg nie mniej niż 60kg | TAK, podać |  |
|  | Zakres poprawnej pracy urządzenia w temperaturach +10 ºC - +40 ºC | TAK |  |
|  | Możliwość regulacji pilotem ustawień stołu z możliwością zapamiętania 8 pozycji stołu  | TAK |  |
|  | Możliwość wyposażenia w opcjonalny sterownik nożny umożliwiający sterowanie poszczególnymi segmentami, lub sterownik umożliwiający sterowanie segmentami z możliwością przywołania 1 z 8 zapisanych pozycji stołu. | TAK |  |
|  | Możliwość szybkiego montażu wielu elementów dodatkowych do części ruchomych stołu | TAK |  |
|  | Główny wyłącznik prądu | TAK |  |
|  | Pokrycie stołu umożliwiające szybką dezynfekcje – możliwość zdjęcia każdego materaca na czas dezynfekcji  | TAK |  |
|  | Możliwość jednoczesnego zainstalowania przewodowego sterownika nożnego i ręcznego | TAK |  |
|  | Konstrukcja stołu wykonana ze stali nierdzewnej bez pokryw lakierniczych | TAK |  |
|  | Konstrukcja blatu stołu wykonana z płyty klejonej | TAK |  |
|  | Stół na podstawie jezdnej z manualną blokadą kół | TAK |  |
|  | Stół wyposażony w podstawę jezdną z 4 skrętnymi , antystatycznymi kołami o średnicy 120mm wyposażonymi w 4 dźwignie blokujące. | TAK |  |
|  | Stół wyposażony w metalowe rączki rozmieszczone symetrycznie względem osi stołu, na segmencie nożnym, dodatkowe, chowane rączki umieszczone symetrycznie względem osi stołu pod segmentem piersiowym | TAK |  |
|  | Bezszwowe obicie stołu operacyjnego wykonane z czarnego materiału antystatycznego. Wszystkie elementy obicia indywidualnie demontowane. Materac części tułowia wypełniony tworzywem wisko-elastycznym. | TAK |  |
|  | Stół wyposażony w elastyczny wysięgnik umożliwiający zamocowanie rur układu anestetycznego - 1szt | TAK |  |
|  | W segmencie tułowia stół wyposażony w zintegrowane symetryczne podłokietniki | TAK |  |
|  | Stół wyposażony w rączki ułatwiające prowadzenie stołu - 2kpl. | TAK |  |
|  | Stół wyposażony w magnetyczny uchwyt na sterownik ręczny - 1szt. | TAK |  |
|  | Diody informujące o stanie baterii, konieczności ładowania oraz procesie ładowania. | TAK |  |
|  | Bateria zamontowana na stałe | TAK |  |
|  | Czas pracy przy pełni naładowanej baterii co najmniej 1 tydzień | TAK |  |
|  | Stół wyposażony w przewodowy sterownik ręczny 1szt. | TAK |  |
|  | Silikonowy pas zabezpieczający – 2 szt. | TAK |  |
|  | Kolor do wyboru przez Zamawiającego | TAK |  |
| **II** | **FOTEL OPERATORA – 1 SZT** |
|  | Regulacja podłokietnika we wszystkich płaszczyznach | TAK |  |
|  | Podłokietniki tapicerowane długie | TAK |  |
|  | Regulacja wysokości siedziska 59-79 cm (+/- 1cm) | TAK,podać |  |
|  | Regulowane oparcie pleców min.100mm | TAK, podać |  |
|  | Regulowany kąt siedziska +5o / -8o (+/-1°) | TAK, podać |  |
|  | Antystatyczne kółka | TAK |  |
|  | Hamulec centralny | TAK |  |
|  | 5 poliuretanowych kółek Ø65 mm | TAK |  |
|  | Centralna blokada kół | TAK |  |
|  | Kąt przechyłu sekcji pleców +6o / -16o (+/-1°) | TAK, podać |  |
|  | Zakres przechyłu oparcia pleców 25o (+/-1°) | TAK, podać |  |
|  | Regulacja: kąt wysokości oparcia pleców 100mm i przechyłu siedziska: +5°/-8° (+/-1°) | TAK, podać |  |
|  | Wymiary siedziska min. 460 x 60 x 420 mm | TAK, podać |  |
|  | Obciążenie min. 120 kg | TAK, podać |  |
|  | Kolor do wyboru przez Zamawiającego | TAK |  |

|  |
| --- |
| **WARUNKI GWARANCJI I SERWISU** |
|  | Gwarancja na całość: 24 miesiące | Tak |  |
|  | Instalacja przez autoryzowany serwis producenta (autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny).  | Tak |  |
|  | Czas reakcji od zgłoszenia awarii w okresie gwarancji max. 2 dni robocze  | Tak |  |
|  | Czas naprawy sprzętu bez konieczności wymiany części lub podzespołów max. 5 dni roboczych od dnia otrzymania sprzętu | Tak |  |
|  | Możliwość zgłaszania awarii: telefon, fax, email | Tak Podać dane teleadresowe |  |
|  | Autoryzacja producenta na sprzedaż zaoferowanego urządzenia | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim-wersja papierowa i elektroniczna (dostarczyć wraz z urządzeniem) | Tak |  |
|  | Paszport techniczny (dostarczyć wraz z urządzeniem) | Tak |  |
|  | Bezpłatne przeglądy w okresie trwania gwarancji – min. 1 przegląd rocznie |  |  |
|  | Szkolenia wstępne dla personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia w miejscu instalacji | Tak |  |
|  | Potwierdzenie zawartych w tabeli parametrów technicznych oferowanego przedmiotu zamówienia materiałami informacyjnymi producenta (foldery, kserokopie stron katalogowych, inne)  | Tak – należy dołączyć do oferty |  |
|  | Potwierdzenie posiadania Certyfikatu dopuszczającego urządzenie/narzędzie do użytkowania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022r. (Dz. U. z 2022 r., poz. 974.)  | Tak – należy dołączyć do oferty |  |

**STÓŁ OPERACYJNY OKULISTYCZNY WRAZ Z FOTELEM OPERATORA:**

Wartość netto.................... zł (słownie: ...............................................)

Wartość brutto…................ zł (słownie: ...............................................)

W tym wartość podatku VAT:……………….

UWAGA: W tabelach należy wpisać co najmniej właściwe słowo „TAK” lub „NIE” w zależności od tego, czy proponowany sprzęt spełnia wskazany parametr.

Parametry określone jako „TAK” są warunkami granicznymi. Udzielenie odpowiedzi „NIE” lub nie wypełnienie pola oraz niespełnienie któregokolwiek z warunków spowoduje odrzucenie oferty.

Brak opisu lub potwierdzenia wymaganego parametru/warunku będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia.

Wykonawca dokonuje szczegółowego opisu wymaganego parametru, a w przypadku parametru określonego przez Zamawiającego przez podanie wartości "maksymalnie", "minimalnie", "±" lub "≥ ≤", Wykonawca podaje dokładne wartości oferowanych parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.

Brak opisu lub potwierdzenia wymaganego warunku będzie traktowany, jako brak danego parametru / warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia. Zaoferowane powyżej parametry wymagane powinny być nie sprzeczne z materiałem informacyjnym.

 Wykonawca gwarantuje niniejszym, że powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest zgodne z wymogami zapytania ofertowego sprzęt jest fabrycznie nowy, nieużywany, kompletny, i do jego stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów

Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.

Oświadczamy, że oferowany i powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i będzie po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

 ………………………………..….. …………………………………………………………….

 /miejscowość, data/ podpisano elektronicznie

Zamawiający zastrzega sobie prawo sprawdzenia wiarygodności podanych przez Wykonawcę parametrów technicznych we wszystkich dostępnych źródłach, w tym u producenta. W przypadku wątpliwości Zamawiający wymagać będzie prezentacji sprzętu i jego parametrów technicznych.