

Opis przedmiotu zamówienia – **po zmianie**

## Przedmiot zamówienia:

## Poz. 1. (Gd2) Stół zabiegowy

L.P.	Opis parametrów wymaganych	Wartość wymagana	Wartość oferowana, <i>należy wpisać TAK lub NIE oraz w przypadkach wskazanych w tabeli podać dodatkowo wartość oferowanego parametru lub inne dane wymagane w poszczególnych wierszach niniejszej tabeli</i>	Ocena punktowa/Parametry oferowane
1.	Producent/ dostawca	Podać		
2.	Nazwa i typ	Podać		
3.	Kraj pochodzenia	Podać		
4.	Rok produkcji 2019	TAK		
5.	Sprzęt nowy, nieużywany, nierekondycjonowany, niewystawowy	TAK		
6.	Stół przeznaczony do przeprowadzenia zabiegów ogólnych i specjalistycznych.	TAK		
7.	Leże 4 segmentowe	TAK		
8.	Konstrukcja leża umożliwia wykonywanie zdjęć RTG pod wszystkimi segmentami blatu	TAK		

9.	Wymiary zewnętrzne łóżka: – Długość całkowita: 2020mm ( $\pm$ 10 mm), – Szerokość całkowita: 550mm ( $\pm$ 10 mm), - Minimalna wysokość blatu (z materacem) 810 mm( $\pm$ -10mm) Maksymalna wysokość stołu (z materacem) 1050 mm( $\pm$ -10mm)	TAK, PODAĆ		
10.	Wysokość blatu regulowana pompą hydrauliczną sterowaną nożnie	TAK		
11.	Stół posiada regulację przechyłu wzdłużnego Trendelenburga i anty-Trendelenburga wspomagane sprężynami gazowymi.	TAK		
12.	Ustawienie segmentów blatu (oparcie pleców, podgłówek i podnóżki) wspomagane są sprężynami gazowymi	TAK		
13.	Regulacja oparcia pleców -40° do 80°	TAK		
14.	Regulacja oparcia podgłówka -40° do 50°	TAK		
15.	Regulacja kąta przechyłu Trendelenburga: min. 0-25°, ( $\pm$ 5°) Regulacja kąta przechyłu anty-Trendelenburga: min. 0-12° ( $\pm$ 5°)	TAK PODAĆ		
16.	Regulacja nachylenia podnóżków w poziomie 0° do 180° ( $\pm$ 2°)	TAK PODAĆ		
17.	Regulacja nachylenia podnóżków w pionie -90° do 15° ( $\pm$ 2°)	TAK PODAĆ		
18.	Mobilna podstawa jezdna wyposażona w 4 koła z systemem centralnej blokady kół i kołem kierunkowym	TAK		
19.	Kolor do ustalenia po wyborze wykonawcy	TAK		
20.	Nośność stołu min. 170 kg	Tak, podać		
21.	Konstrukcja stołu wykonana ze stali lakierowanej proszkowo	TAK		
22.	Materac antystatyczny, odejmowany z wypełnieniem z pianki poliuretanowej o gr. min 60mm	TAK		
23.	Listwy do mocowania wyposażenia dodatkowego w segmencie oparcia pleców, siedziska i nóg	TAK		
24.	Wyposażenie dodatkowe: ramka anestezjologiczna prosta z uchwytem wielopozycyjny	TAK		

25.	Certyfikat CE	TAK		
26.	WPIS do Rejestru Wyrobów Medycznych	TAK		
27.	Gwarancja	TAK PODAĆ	Zgodnie ze wskazaniem wykonawcy w formularzu ofertowym	24 miesiące – 0 pkt. 36 miesięcy – 40 pkt.
28.	W cenie oferty bezpłatne przeglądy serwisowe w okresie gwarancji zgodnie z wymaganiami producenta zakończone wpisem do paszportu technicznego i protokołem wykonania przeglądu	TAK		
29.	Termin wykonania naprawy będzie wynosił do 14 dni roboczych od dnia otrzymania wysłanego przez Zamawiającego zawiadomienia	TAK		
30.	Dostarczenie i użyczenie sprzętu zastępczego posiadającego co najmniej takie same parametry techniczne jak sprzęt zastępowany w ciągu 72 godzin od momentu otrzymania zawiadomienia	TAK		
31.	Przeprowadzenie szkolenia dla pracowników z zakresu obsługi urządzenia. Szkolenie dla min. 5 osób.	TAK		
32.	Dostarczenie 2 sztuk instrukcji obsługi w języku polskim w formie papierowej oraz elektronicznej, karty gwarancyjnej, paszportu technicznego	TAK		

**poz. 2. (Gd3) Stół zabiegowy**

L.P.	Opis parametrów wymaganych	Wartość wymagana	Wartość oferowana, <i>należy wpisać TAK lub NIE oraz w przypadkach wskazanych w tabeli podać dodatkowo wartość oferowanego parametru lub inne dane wymagane w poszczególnych wierszach niniejszej tabeli</i>	Ocena punktowa/Parametry oferowane
1.	<b>Producent/ dostawca</b>	<b>Podać</b>		
2.	<b>Nazwa i typ</b>	<b>Podać</b>		
3.	<b>Kraj pochodzenia</b>	<b>Podać</b>		
4.	<b>Rok produkcji 2019</b>	<b>TAK</b>		
5.	<b>Sprzęt nowy, nieużywany, nierekondycjonowany, niewystawowy</b>	<b>TAK</b>		
6.	Blat min. 5-segmentowy wyposażony w szyny akcesoryjne z dzieloną sekcją nożną o wymiarach w zakresie 2100 mm (+/- 50 mm) x 650 mm (+/- 50 mm)	TAK		
7.	Materace segmentów antystatyczne, odporne na środki dezynfekcyjne	TAK		
8.	Ciężar stołu bez akcesoriów poniżej 125 kg (+/- 5 kg)	TAK		
9.	Segmenty przenikalne dla promieni RTG, umożliwiające monitorowanie ramieniem C	TAK		
10.	Dźwignie do regulacji pochylenia części plecowej, przechyłów bocznych i Trendelenburga umieszczone od strony głowy pacjenta.	TAK		
11.	Hydrauliczna regulacja wysokości stołu w zakresie min. od 650mm do 1020 mm (+/- 20 mm)	TAK		
12.	Pneumatyczna regulacja przechyłu bocznego w zakresie +/- 20° (+/- 5°)	TAK		

13.	Pneumatyczna regulacja pozycji Trendelenburga w zakresie 26° (+/- 2°) Pneumatyczna regulacja pozycji anty-Trendelenburga w zakresie 20° (+/- 2°)	TAK		
14.	Pneumatyczna regulacja części plecowej w zakresie -5° (+/- 2°) / + 70° (+/- 2°)	TAK		
15.	Pneumatyczna regulacja części nożnej w zakresie - 90° (+/- 2°) / + 5° (+/- 2°)	TAK		
16.	Pneumatyczna regulacja podgłówka w zakresie - 45°(+/- 5°) / + 30° (+/- 5°)	TAK		
17.	Podstawa mobilna, zapewniająca łatwy, bliski dostęp do stołu ze wszystkich stron np. w kształcie litery „Y” lub „T”, wyposażona w centralny system hamowania i sterowania kołami z funkcją do jazdy na wprost, uruchamiany dźwigniami lub przyciskami dostępnymi z każdej strony stołu (prawa, lewa, przód i tył). Naciśnięcie jednej z czterech dźwigni musi uruchamiać cały system hamowania i sterowania kołami. Dźwignia do regulacji wysokości. Podstawa pokryta osłoną z tworzywa sztucznego	TAK		
18.	Stół wyposażony w uchwyt/stojak na kroplówki o regulowanej wysokości, mocowany do szyny akcesoryjnej stołu, demontowalne barierki boczne zabezpieczające pacjenta na czas transportu	TAK		
19.	Nośność stołu min. 160 kg	TAK		
20.	Wyposażenie stołu: - pas do tułowia – 1szt - pas nadgarstka – 2 szt. (para)	TAK		
21.	Gwarancja	TAK Podać	Zgodnie ze wskazaniem wykonawcy w formularzu ofertowym	24 miesiące – 0 pkt. 36 miesięcy – 40 pkt.
22.	W cenie oferty bezpłatne przeglądy serwisowe w okresie gwarancji zgodnie z wymaganiami producenta zakończone wpisem do paszportu technicznego i protokołem wykonania przeglądu	TAK		
23.	Przeprowadzenie szkolenia dla pracowników z zakresu obsługi urządzenia. Szkolenie dla min. 5 osób.	TAK		
24.	Termin wykonania naprawy będzie wynosił do 14 dni roboczych od dnia otrzymania wysłanego przez Zamawiającego zawiadomienia	TAK		

25.	Dostarczenie i użyczenie sprzętu zastępczego posiadającego co najmniej takie same parametry techniczne jak sprzęt zastępowany w ciągu 72 godzin od momentu otrzymania zawiadomienia.	TAK		
26.	Dostarczenie 2 sztuk instrukcji obsługi w języku polskim w formie papierowej oraz elektronicznej, karty gwarancyjnej, paszportu technicznego, dokumentacji technicznej	TAK		
27.	wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK		
28.	Certyfikat CE	TAK		

**Uwaga: Załącznik winien zostać sporządzony, pod rygorem nieważności, w postaci elektronicznej i opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym**