| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje**(wartości minimalne wymagane) | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wózko-wanna – 1 szt.**Oferowany model: ………………………………………Producent: …………………………………………………………Rok produkcji………………………………………………….. |
|  | Wózek kąpielowy z regulacją wysokości, udźwig min. 150 kg | TAK, podać |  |
|  | odchylane boki wózka | TAK, podać |  |
|  | koła z hamulcem i blokadą kierunku jazdy lub z centralnym hamulcem | TAK, podać |  |
|  | leże-wanienka o regulowanym przechyle dla lepszego spływu wody | TAK, podać |  |
|  | odłączany wąż spustowy | TAK, podać |  |
|  | materacyk | TAK, podać |  |
|  | podgłówek | TAK, podać |  |
|  | Wymiary maksymalne 225 cm x 75 cm  | TAK, podać |  |
|  | Konstrukcja ze stali malowanej proszkowo lub stali nierdzewnej | TAK, podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Wymagane parametry i funkcje(wartości minimalne wymagane) | Parametr wymagany | Parametr oferowany |

|  |
| --- |
| **Stół zabiegowy z lampą – 2 szt.**Oferowany model: ………………………………………Producent: …………………………………………………………Rok produkcji…………………………………………………… |
|  | **Stół zabiegowy:** | TAK, podać |  |
|  | Stół operacyjny z blatem min 4 segmentowym: podgłówek, płyta plecowa, płyta siedzeniowa, podnóżek dwuczęściowy | TAK, podać |  |
|  | Stół operacyjny z centralną blokadą kół za pomocą dźwigni. Koła zabudowane w podstawie nie wystające poza obrys podstawy. Osłona podstawy zamontowana na wysokości umożliwiającej wsunięcie stóp chirurga. | TAK, podać |  |
|  | Obudowa podstawy wykonana ze stali nierdzewnej  | TAK, podać |  |
|  | Napęd stołu elektromechaniczny i/lub elektrohydrauliczny | TAK, podać |  |
|  | Stół wyposażony w zasilanie akumulatorowe i sieciowe. Akumulator pozwalający na wykonanie min 50 - 80 ruchów stołem. Czas ładowania akumulatorów nie dłuższy niż 8 h. | TAK, podać |  |
|  | Zasilacz stołu (ładowarka) zintegrowany w podstawie stołu. Stół musi być podłączony bezpośrednio do szpitalnej instalacji 230V (nie dopuszcza się ładowarek/zasilaczy zewnętrznych) | TAK, podać |  |
|  | Kolumna, szyny i rama blatu (wszystkie jej elementy metalowe) stołu wykonane w całości ze stali nierdzewnej i/lub chromowoniklowanej | TAK, podać |  |
|  | Stół pozbawiony elementów harmonijkowych utrudniających czyszczenie i dezynfekcję. | TAK, podać |  |
|  | Blat przezierny dla promieniowania rtg, bez metalowych szyn poprzecznych. | TAK, podać |  |
|  | Materace dwuwarstwowe, o właściwościach: - grubości min 75 mm,- antystatyczne,- wodoodporne, - łączone za pomocą ultradźwięków, nie klejone ani nie zszywane,- z przeciwodleżynowej pianki poliuretanowej, zapewniającej równomierny rozkład sił, nie zakłócający przepływu krwi w organizmie pacjenta,- zdejmowane,- odporne na środki dezynfekujące | TAK, podać |  |
|  | Otwory materacy (odpowietrzniki) zabezpieczone materiałem technicznym odpornym na ogień oraz nie przepuszczającym wilgoci | TAK, podać |  |
|  | Obsługa funkcji stołu za pomocą pilota kablowego min.:- regulacja wysokości- przechyły boczne- Trendelennburga / Antytrendelennburga,- regulacja płyty plecowej- przesów wzdłużny blatu- pozycja ‘0”- pozycja flex/reflex- on/off | TAK, podać |  |
|  | Obsługa stołu przy pomocy panelu ukrytego w podstawie realizowana przez przełączniki z mechanizmem samoczynnego powrotu do neutralnej pozycji. | TAK, podać |  |
|  | Regulacja wysokości blatu 710 mm do 1100 mm (+/- 30 mm) | TAK, podać |  |
|  | Całkowita szerokość blatu z szynami bocznymi 580 mm (+/- 10 mm) | TAK, podać |  |
|  | Przechyły boczne ≥ 25º | TAK, podać |  |
|  | Przechyły Trendelenburga 30º +/- 5º | TAK, podać |  |
|  | Przechyły Antytrendelenburga 30º +/- 5º | TAK, podać |  |
|  | Przesuw wzdłużny blatu ≥ 250 mm | TAK, podać |  |
|  | System przeciążeniowy oraz auto test systemu stołu | TAK, podać |  |
|  | Podgłówek regulowany w zakresie góra/dół: 45˚ / 90˚ | TAK, podać |  |
|  | Podnóżek regulowany w zakresie ≥ + 20º /- 90ºw płaszczyźnie góra dół. | TAK, podać |  |
|  | Płyta plecowa regulowana w zakresie ≥ +80/- 40 stopni | TAK, podać |  |
|  | Stół przystosowany do zabiegów o obciążalności stołu min. 180 kg | TAK, podać |  |
|  | Powierzchnie stołu łatwe do czyszczenia i dezynfekcji przy pomocy ogólnodostępnych środków czyszczących | TAK, podać |  |
|  | Wyposażenie kompatybilne z posiadanymi przez Zamawiającego stołami typu hybase:* Stół wyposażony w ekran anestezjologiczny z mocowaniem– po 1 kpl. do każdego stołu
* Podpora anestezjologiczna ręki ruchoma min. w płaszczyźnie poziomej z mocowaniem – po 1 kpl. do każdego stołu
* Stojak do kroplówki – 1 szt do każdego stołu
 | TAK, podać |  |
|  | **Lampa zabiegowa:** | TAK, podać |  |
|  | Lampa zabiegowo-operacyjna mocowana do sufitu | TAK, podać |  |
|  | Lampa wyposażona w dwa ramiona w tym jedno uchylne. | TAK, podać |  |
|  | Obudowa lampy w kształcie koła z otworami minimalizującymi zakłócenia przepływu laminarnego | TAK, podać |  |
|  | Kształt kopuły odpowiedni dla przepływu laminarnego, zapewniający nawiew na głowę oraz ramiona chirurga | TAK, podać |  |
|  | Waga każdej kopuły poniżej 6 kg. | TAK, podać |  |
|  | Źródło światła diody LED | TAK, podać |  |
|  | Kopuła lampy wyposażona w 18 diod w konstrukcji jednoogniskowej | TAK, podać |  |
|  | Diody LED emitujące bezpośrednio światło białe, tzn. wykorzystujące „białe” diody | TAK, podać |  |
|  | Diody emitujące bezcieniowe światło  | TAK, podać |  |
|  | Żywotność diody nie mniejsza niż 60 000 godzin | TAK, podać |  |
|  | Sterowanie parametrami lamp przy pomocy panelu membranowego znajdującego się na krawędzi kopuły  | TAK, podać |  |
|  | System z pamięcią ustawień parametrów świetlnych. | TAK, podać |  |
|  | Regulacja ustawienia lampy za pomocą wymiennych, sterylizowanych uchwytów umieszczonych na kopule w bezpośrednim sąsiedztwie jej mocowania. | TAK, podać |  |
|  | Średnica pola roboczego: 220mm +/-200mm | TAK, podać |  |
|  | Regulacja natężenia światła o przynajmniej w 10 stopniach oraz możliwość aktywowania światła endoskopowego jednym przyciskiem. | TAK, podać |  |
|  | Maksymalna wartość natężenia oświetlenia w centralnym punkcie w odległości 1m nie gorsza niż 130 000 luks dla każdej kopuły | TAK, podać |  |
|  | Natężenie światła regulowane w zakresie min. 5÷100%  | TAK, podać |  |
|  | Głębokość oświetlenia min. 120cm  | TAK, podać |  |
|  | Zakres rozpiętości zogniskowanego oświetlenia min. 40cm – 160cm | TAK, podać |  |
|  | Temperatura barwowa 4350K (+/- 100K) | TAK, podać |  |
|  | Współczynnik rekonstrukcji koloru (Ra) nie gorszy niż 96 | TAK, podać |  |
|  | Współczynnik rekonstrukcji koloru czerwonego (R9) o wartości nie gorszej niż 96 | TAK, podać |  |
|  | Całkowity pobór mocy maksymalnie 80 W  | TAK, podać |  |
|  | Wzrost temperatury wokół głowy chirurga spowodowany działaniem lampy nie przekraczający 1˚C | TAK, podać |  |
|  | Wzrost temperatury w obszarze operacji spowodowany działaniem lampy nie przekraczający 1˚C | TAK, podać |  |
|  | Konstrukcja lampy umożliwiająca czyszczenie, dezynfekcję i sterylizację powszechnie stosowanymi środkami bez widocznych śrub nitów itp. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wymiany pojedynczej diody LED w przypadku jej awarii. Zamawiający nie dopuszcza lamp z koniecznością wymiany jednocześnie kilku/zespołu diod. | TAK, podać |  |
|  | Lampa wyposażona w min 2 uchwyty sterylne. Uchwyty sterylne kompatybilne z posiadaną przez Zamawiającego lampami typu hyled  | TAK, podać |  |
|  | Ze względów serwisowych lampa operacyjna stoły zabiegowy oraz lampy zabiegowe zaoferowane w postępowaniu - jednego producenta | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt.  |  |

| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje**(wartości minimalne wymagane) | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lampa bakteriobójcza – 1 szt.**Oferowany model: ………………………………………Producent: …………………………………………………………Rok produkcji……………………………………………………… |
|  | Lampa jezdna wyposażona w podstawę jezdną z hamulcem | TAK, podać |  |
|  | Lampa wyposażona w licznik czasu naświetlania  | TAK, podać |  |
|  | Lampa pośredniego kontaktu przepływowa | TAK, podać |  |
|  | Lampa o mocy min 2x 30 W | TAK, podać |  |
|  | Możliwość rozbudowy o pilot | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt |  |

| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje**(wartości minimalne wymagane) | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lampa zabiegowa sufitowa – 1 szt.**Oferowany model: ………………………………………Producent: …………………………………………………………Rok produkcji……………………………………………………… |
|  | Mocowanie sufitowe lub ścienne do wyboru przez Zamawiającego | TAK, podać |  |
|  | Regulacja wysokości  | TAK, podać |  |
|  | Obudowa lampy w kształcie zaokrąglonym z otworem w jej centralnej części | TAK, podać |  |
|  | Źródło światła diody LED | TAK, podać |  |
|  | Kopuła lampy wyposażona w 6 diod w konstrukcji jednoogniskowej | TAK, podać |  |
|  | Diody LED emitujące bezpośrednio światło białe, tzn. wykorzystujące „białe”diody | TAK, podać |  |
|  | Żywotność diody nie mniejsza niż 60 000 godzin | TAK, podać |  |
|  | Sterowanie parametrami lamp przy pomocy panelu membranowego znajdującego się na krawędzi kopuły | TAK, podać |  |
|  | Możliwość regulacja ustawienia lampy za pomocą wymiennych, sterylizowanych uchwytów umieszczonych na kopule w bezpośrednim sąsiedztwie jej mocowania. | TAK, podać |  |
|  | Regulacja natężenia światła o przynajmniej w 5 stopniach | TAK, podać |  |
|  | Maksymalna wartość natężenia oświetlenia w centralnym punkcie w odległości 1m nie gorsza niż 65 000 luks | TAK, podać |  |
|  | Natężenie światła regulowane w zakresie min. 10÷100% | TAK, podać |  |
|  | Głębokość oświetlenia min. 150cm | TAK, podać |  |
|  | Temperatura barwowa 3800-4500 K (+/- 100K) | TAK, podać |  |
|  | Współczynnik rekonstrukcji koloru (Ra) nie gorszy niż 93 | TAK, podać |  |
|  | Współczynnik rekonstrukcji koloru czerwonego (R9) o wartości nie gorszej niż 96 | TAK, podać |  |
|  | Uchwyty sterylne min 3 sztuki kompatybilne z lampami posiadanymi przez Zamawiającego typu hyled | TAK, podać |  |
|  | Konstrukcja lampy umożliwiająca czyszczenie, dezynfekcję i sterylizację powszechnie stosowanymi środkami bez widocznych śrub nitów. | TAK, podać |  |
|  | Konstrukcja lampy umożliwiająca wymianę pojedynczej diody LED lub pojedynczego modułu diod LED | TAK – 10 pkt.NIE - 0 pkt. |  |
|  | Maksymalne wymiary kopuły: 250 +/- 20 mm x 340 mm +/- 20 mm | TAK, podać |  |
|  | Lampa wyposażona w awaryjny system zasilania pozwalający na pracę do 8 godzin po zaniku zasilania. | TAK, podać |  |

| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje**(wartości minimalne wymagane) | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Stół gipsowy – 1 szt.**Oferowany model: ………………………………………Producent: …………………………………………………………Rok produkcji……………………………………………………… |
|  | Jezdny stół do gipsowania | TAK, podać |  |
|  | Rama wykonana ze stali malowanej proszkowo lub stali nierdzewnej | TAK, podać |  |
|  | Wymiary leża min. 58x190 cm  | TAK, podać |  |
|  | Leże miękkie tapicerowane – tapicerka zmywalna odporna na środki chemiczne | TAK, podać |  |
|  | Blat leża wykonany z materiałów przeziernych dla promieni RTG | TAK, podać |  |
|  | Udźwig min 150 kg  | TAK, podać |  |
|  | Min. dwa koła wyposażone w hamulec | TAK, podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Wymagane parametry i funkcje****(wartości minimalne wymagane)** | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
|  | **Wymagania techniczne – dotyczy wszystkich powyższych urządzeń** |  |  |
|  | Paszport techniczny oraz instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona wraz z urządzeniem. /dotyczy sprzętu medycznego/ | TAK, podać |  |
|  | Obsługa urządzenia i komunikaty w języku polskim/jeśli dotyczy/ | TAK, podać |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące od dnia instalacji potwierdzonej protokołem uruchomienia i przekazania urządzenia w terminie uwzględniającym czas pracy personelu | TAK, podać |  |
|  | Czas reakcji serwisu od powiadomienia do rozpoczęcia naprawy max. 48 godz. /dotyczy sprzętu medycznego/ | TAK, podać |  |
|  | Czas oczekiwania na skuteczne usunięcie uszkodzenia /dotyczy sprzętu medycznego/:a. nie wymagającej importu części nie dłużej niż 2 dni robocze /dotyczy sprzętu medycznego/b. wymagającej importu części nie dłużej niż 10 dni roboczych. /dotyczy sprzętu medycznego/ | TAK, podać |  |
|  | Wykonawca dostarczy, zainstaluje i uruchomi, a także przeprowadzi szkolenie z zakresu obsługi w cenie oferty | TAK, podać |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia informacji niezbędnych do wypełnienia paszportu technicznego urządzenia | TAK, podać |  |
|  | Serwis pogwarancyjny, dostępność części zamiennych – min. 10 lat od daty sprzedaży /dotyczy sprzętu medycznego | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie wykonane w technologii energooszczędnej – urządzenie energooszczędne / jeśli dotyczy/  | TAK, podać |  |

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – nie spełnienie nawet jednego z  w/w parametrów spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w  oferowanej konfiguracji.

 …………………………………..

 Podpis osoby uprawnionej do

 reprezentowania wykonawcy