|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje**  **(wartości minimalne wymagane)** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| **Stół do drenażu limfatycznego – 1 szt.**  Oferowany model: …………………………………………………………  Producent: …………………………………………………………  Rok produkcji ………………………………………………………… | | | |
|  | Urządzenie nowe, nieużywane. Wyklucza się urządzenia demonstracyjne. Rok produkcji: 2022. | Tak, podać |  |
|  | Leżysko trzyczęściowe (leżysko główne, część pod nogi, zagłówek z otworem na twarz)+ podłokietniki limfatyczne | Tak, podać |  |
|  | Stabilna konstrukcja – wytrzymała rama ze stali, malowana proszkowo – odporna na obicia i zarysowania. | Tak, podać |  |
|  | Tapicerka odporna na działanie środków dezynfekujących. | Tak, podać |  |
|  | Minimum 5 kolorów tapicerki do wyboru przez Zamawiającego. | Tak, podać |  |
|  | Zmiany ustawień środkowej i nożnej części leżyska za pomocą sprężyn gazowych. | Tak, podać |  |
|  | Regulacja do pozycji min. Pivota, Trendelenburga. | Tak, podać |  |
|  | Regulacja wysokości z ramy. | Tak, podać |  |
|  | Centralny system jezdny z hamulcem (podnoszony). | Tak, podać |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości minimum 500-900 mm | Tak, podać |  |
|  | Zaślepka. | Tak, podać |  |
|  | Zasilanie elektryczne: 230V 50/60Hz |  |  |
|  | Uchwyt na papier (podkłady medyczne) zgodny z szerokością stołu | Tak, podać |  |
|  | Podłokietniki limfatyczne. | Tak, podać |  |
|  | Wymiary leżyska minimum 190x65cm | Tak, podać |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie minimum 150kg | Dopuszczalne obciążenie 150 kg- 0 pkt.  Dopuszczalne obciążenie >150 kg – 10 pkt. |  |
|  | Regulacja zagłówka [o] minimum : -70/+25 | Tak, podać |  |
|  | Regulacja części głównej do pozycji Pivota [o] minimum: 35 | Tak, podać |  |
|  | Regulacja części pod nogi do pozycji siedzącej [o] minimum: 65 | 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. | Tak, podać |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące od dnia instalacji potwierdzonej protokołem uruchomienia i przekazania urządzenia w terminie uwzględniającym godziny pracy Zamawiającego. | >35 mcy – 10 pkt  24-35 m-cy – 0 pkt |  |
|  | Czas reakcji serwisu od powiadomienia do rozpoczęcia naprawy max. 24 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, urządzenie oraz przeprowadzi instruktarz obsługi i konserwacji w cenie oferty. | Tak, podać |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia wraz z urządzeniem uzupełnionego paszportu technicznego o dane identyfikujące urządzenie (m.in. numer seryjny, rok produkcji, model, producent). | 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