**STÓŁ ZABIEGOWY – 1 SZT.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **STÓŁ ZABIEGOWY** | **Warunek** | **Potwierdzenie/****Opis Wykonawcy** |
| **1** | **Typ/Model** | **Tak/Podać** |  |
| **2** | **Producent** | **Tak/Podać** |  |
| **3** | **Rok produkcji** | **Tak/Podać** |  |
| **4** | Zaoferowany przedmiot zamówienia musi posiadać dopuszczenie do obrotu i do używania zgodnie z ustawą dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych ( Dz. U. z 2019 r. poz. 175 ) w szczególności:1. spełniać tzw. Wymagania zasadnicze, określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia uwzględniającym wymagania prawa wspólnotowego w szczególności w zakresie wytwarzania, opakowania i oznakowania tych wyrobów;
2. posiadać deklarację zgodności dla oferowanego przedmiotu zamówienia;

 c ) oznakowano je znakiem zgodności CE | Tak/Podać |  |
| **5** | Wykaz dostawców części i materiałów – zgodnie z art. 90 ust. 3 Ustawy o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010r. ( Dz. U. z 2019 r. poz. 175 ) | Tak/Podać |  |
| **6** | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania czynności – zgodnie z art. 90 ust. 4 ustawy o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r. ( Dz. U. z 2019r. poz. 175 ) | Tak/Podać |  |
| **Ogólne parametry techniczne** |
| **1.** | Stół fabrycznie nowy, niepowystawowy, niedemonstracyjny | Tak/Podać |  |
| **2.** | Chirurgiczny mobilny stół operacyjno-zabiegowy. | Tak |  |
| **2.** | Konstrukcja podstawy i kolumny ze stali nierdzewnej, chromowo niklowej, polerowanej, zapewniającej stabilność, trwałość konstrukcji i łatwość dezynfekcji | Tak/Podać |  |
| **3.** | Podstawa profilowana dla dobrego dostępu dla stóp operatorów.  | Tak/Opisać |  |
| **4.** | Cztery podwójne koła średnicy min. 100 mm.  | Tak/Podać |  |
| **5.** | Blat stołu na całej swojej długości wyposażony w tunel kasety RTG  | Tak/Podać |  |
| **6.** | Wymiary stołu:- długość 2100 mm (±50mm)- szerokość leża 540 mm (±50mm)- szerokość z listwami 600 mm (±50mm). | Tak/Podać |  |
| **7.** | Blat w konfiguracji złożonej z następujących segmentów:·   segment głowowy,·   segment plecowy,·   segment siedziska,·   segment nożny dwuczęściowy. | Tak/Podać |  |
| **8.** | Maksymalna waga pacjenta umożliwiająca prowadzenie operacji w każdej pozycji ≥ 130 kg. | Tak/Podać |  |
| **9.** | Funkcje sterowane elektrycznie za pomocą pilota:·   góra/dół.Funkcje sterowane za pomocą pilota (elektrycznie) lub sprężyn gazowych:·   przechyły boczne,·   pozycja anty i Trendelenburga,·   pozycja „flex” i „reflex”,·  segment plecowy. | Tak/Podać |  |
| **10.** | Zakres regulacji segmentu pleców w zakresie min. -40o/+70o. | Tak/Podać |  |
| **11.** | Zakres regulacji wysokości blatu bez materaca w zakresie min. 750 mm do 1000 mm. | Tak/Podać |  |
| **12.** | Zakres regulacji pozycji Trendelenburga w zakresie min. 30o . | Tak/Podać |  |
| **13.** | Zakres regulacji pozycji anty Trendelenburga min. +30o . | Tak/Podać |  |
| **14.** | Zakres regulacji przechyłów bocznych blatu w zakresie min 20o każdą stronę . | Tak/Podać |  |
| **15.** | Zakres regulacji pozycji flex/reflex z zakresie min 220°/110°  | Tak/Podać |  |
| **16.** | Regulacja segmentu głowy w zakresie min -45o/+45o, wspomagana sprężyną gazową  | Tak/Podać |  |
| **17.** | Regulacja segmentu nóg w zakresie min -90/+20o wspomagana sprężynami gazowymi  | Tak/Podać |  |
| **18.** | Regulacja odwodzenia segmentu nóg na boki w zakresie min 150°  | Tak/Podać |  |
| **19.** | Materace stołu o wysokości 50mm  | Tak/Podać |  |
| **20.** | Możliwość mycia i dezynfekcji  | Tak/Podać |  |
| **21.** | Wyposażenie stołu:- podpora ręki montowana do blatu stołu- wysięgnik do kroplówki | Tak/Podać |  |
| **Warunki serwisu** |
| **1.** | Okres gwarancji minimum 36 miesięcy  | Tak/Podać |  |
| **2.** | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi okresowe przeglądy techniczne przedmiotów zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do wykonania przeglądu. Ostatni przegląd musi zostać wykonany w ostatnim miesiącu gwarancji. | Tak/Podać |  |
| **3.** | Czas reakcji na zgłoszenie usterki nastąpi najpóźniej w następnym dniu roboczym od dnia zgłoszenia. Dni robocze rozumiane są jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | Tak/Podać |  |
| **4.** | Czas skutecznej naprawy od momentu zgłoszenia awarii – max. 5 dni roboczych, rozumiane jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | Tak/Podać |  |
| **5.** | Okres dostępności części zamiennych od daty sprzedaży przez min. 10 lat. | Tak/Podać |  |
| **6.** | W okresie gwarancji Wykonawca do napraw i przeglądów będzie używał wyłącznie nowych części zamiennych | Tak/Podać |  |
| **7.** | Przedłużenie gwarancji o czas niesprawności sprzętu | Tak/Podać |  |
| **8.** | Serwis gwarancyjny świadczony będzie przez podmiot autoryzowany przez Producenta, świadczący usługi w miejscu instalacji sprzętu. Komunikacja z serwisem odbywać się będzie w języku polskim | Tak/Podać |  |