**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Pakiet nr 7 - Łóżko rehabilitacyjne elektryczne dla młodzieży**

**(1 sztuka dla oddział neurologicznego)**

Nazwa Producenta …………………………

Nazwa/Typ/Model Urządzenia …………………………

Kraj pochodzenia …………………………

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/**  **Odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Łóżko rehabilitacyjne dla młodzieży fabrycznie nowe, nie powystawowe, rok produkcji nie wcześniejszy niż 2018 r., gotowe do użytkowana bez dodatkowych zakupów i inwestycji | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Zasilanie 220-240V/50Hz | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Łóżko przebadane pod kątem bezpieczeństwa elektrycznego | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Podstawa łóżka jezdna wyposażona w antystatyczne koła z centralną blokadą kół oraz funkcją jazdy na wprost. Koła jezdne wykonane z tworzywa niebrudzącego podłóg bieżnikiem. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Łóżko posiadające zewnętrzną ramę z segmentami umieszczonymi wewnątrz ramy leża.  Rama łóżka wykonana z kształtowników stalowych pokrytych lakierem proszkowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV i wysokie temperatury. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Siłowniki liniowe zabudowane w szczytach łóżka.  Szczyty łóżka wykonane z płyty laminowanej lub materiału równoważnego. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Obciążenie łóżka (wraz z pacjentem) 200 kg (+/- 20 kg) | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Wymiary zewnętrzne łóżka:   * długość całkowita: nie większa niż 220 cm * szerokość całkowita: nie większa 95 cm | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | W narożnikach leża 4 krążki odbojowe - dwuosiowe chroniące ściany i łóżko przed uderzeniami i otarciami. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Leże łóżka min. 3 segmentowe, segmenty ruchome, sterowane pilotem | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Rama leża wypełniona panelami montowanymi w sposób umożliwiający ich łatwy demontaż (bez śrub i elementów łączących, bez użycia narzędzi), odporne na środki dezynfekcyjne. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Elektryczna regulacja wysokości leża w zakresie od 35 cm (+/- 5 cm) do 80 cm, (+/- 5 cm) | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Regulacja pozycji Trendelenburga ok. 15 st. (+/- 3 stopnie) i anty – Trendelenburga ok. 15 st. (+/- 3 stopień)  Za pomocą sprężyny gazowej z blokadą. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Łóżko z funkcją Trendelenburga i AntyTrendelenburga  oraz funkcją sterowania jednym przyciskiem:  - autokontur,  - antyszokowa. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Pilot przewodowy z możliwością blokady poszczególnych funkcji elektrycznych łóżka przez personel medyczny lub system bezpieczeństwa zabezpieczający przed nieumyślnym uruchomieniem funkcji elektrycznych. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Elektryczna regulacja segmentu oparcia pleców w zakresie od 0° do 75° (+/-5°) | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Elektryczna regulacja segmentu uda oraz podudzia w zakresie od 0° do 45° (+/-5°) | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Łóżko z barierkami bocznymi pełniącymi rolę poręczy zamocowanymi na szynach umiejscowionych w szczytach łóżka z możliwością ich pozycjonowania lub rozwiązanie równoważne. Rozstaw bocznych barierek możliwy do zmiany przez personel i realizowany za pomocą ograniczników.  Komplet barierek stanowi wyposażenie łóżka. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Materac  Gąbka w pokrowcu zmywalnym, antyalergicznym o grubości 12 cm, wymiar materaca dostosowany do wymiarów leża.  Osłona materaca z zamkiem błyskawicznym min. z 2 stron (zapięcie w kształcie „L”), chroniąca cały materac, odporna na przemakanie, zanieczyszczenia (wydzieliny organiczne), przenikanie mikroorganizmów, wytrzymała, elastyczna odporna na ścieranie. Łatwa do dezynfekcji i prania, nie zmieniająca swych parametrów pod wpływem środków chemicznych (wytrzymałość na alkohole, środki czyszczące, środki dezynfekcyjne, oleje i smary zawartość formaldehydu) i wysokie temperatury (pranie na gorąco 95 ° C, suszenie w bębnie – 120° | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | W zestawie z łóżkiem wysięgnik z ruchomym uchwytem.  Wysięgnik zamontowany stabilnie w sposób uniemożliwiający jego ruch lub obrót. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | **DOKUMENTACJA PRODUKTU:**   * Certyfikat CE / Deklaracja zgodności CE, * Zgłoszenie / Przeniesienie / Wpis do rejestru wyrobów medycznych, * Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie * Instrukcja dezynfekcji w j. polskim – przy dostawie | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | **GWARANCJA, SZKOLENIE I SERWIS:**   1. Szkolenie z obsługi urządzenia i serwis gwarancyjny realizowany przez autoryzowany serwis producenta lub przez pracownika posiadającego uprawnienia nadane przez producenta do wykonywania napraw i przeglądów serwisowych. | TAK | TAK/NIE\* |
| 1. Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat | TAK | TAK/NIE\* |
| 1. Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat | TAK | TAK/NIE\* |
| 1. Autoryzowane punkty serwisowe (podać adres i telefon, co najmniej jednego punktu). | TAK | TAK/NIE\*,  Podać |
| 1. Maksymalna ilość napraw gwarancyjnych tego samego elementu, po których dany element zostanie wymieniony na nowy, wolny od wad: 3 naprawy gwarancyjne | TAK | TAK/NIE\*,  Podać |
| 1. Wykonawca zobowiązuje się do przeprowadzenia przeglądów serwisowych oferowanego wyposażenia w okresie trwania gwarancji, które zostały wliczone w cenę oferty (obejmujących dojazd i robociznę), które zapewnią prawidłowe funkcjonowanie wyposażenia zgodnie z zaleceniami producenta, przy czym Zamawiający wymaga, by pierwszy przegląd został dokonany maksymalnie po upływie roku od momentu zakupu. Następny przegląd – zgodnie z zaleceniami producenta. Zamawiający wymaga, w przypadku gdy kolejny przegląd zgodnie z zaleceniami producenta wypada już poza okresem gwarancji, by Wykonawca przeprowadził taki przegląd przed upływem terminu gwarancji (np. przed upływem kolejnego, drugiego roku gwarancji, jeżeli gwarancja wynosi 2 lata). | TAK | TAK/NIE\*,  Podać |
| 1. Paszport techniczny (karta techniczna) będzie dostarczona wraz z urządzeniami, przy czym zawierać będzie (minimum) poniższe dane:  * nazwa urządzenia pozwalająca zidentyfikować przeznaczenie urządzenia, * nazwa producenta, * typ urządzenia i numer seryjny, * data rozpoczęcia eksploatacji.   W części ww. dokumentu dotyczącej remontów, napraw i badań stanu technicznego powinny znaleźć się zapisy dokumentujące:   * uruchomienie urządzenia, przeprowadzenie testu, * poświadczenie, że urządzenie jest sprawne i bezpieczne w użytkowaniu, * datę wykonania powyższych czynności, * datę, do której powinien zostać wykonany następny okresowy przegląd techniczny urządzenia. | TAK | TAK/NIE\*,  Podać |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

**UWAGI:** W kolumnie „Odpowiedź Wykonawcy” w pozycjach TAK/NIE\* zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów.

* Oświadczamy, iż zaoferowany przedmiot zamówienia spełnia warunki opisane w specyfikacji istotnych warunków zamówienia (SIWZ) oraz posiada parametry opisane w Opisie Przedmiotu Zamówienia
* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
* Oświadczamy iż dostarczymy na swój koszt materiały potrzebne do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

................................................................................................

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Pakiet nr 7 - Łóżko rehabilitacyjne elektryczne dla młodzieży** *Zdjęcie poglądowe*



**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Pakiet nr 8 - Wózek proceduralny z wyposażeniem (1 sztuka dla oddział neurologicznego)**

Nazwa Producenta …………………………

Nazwa/Typ/Model Urządzenia …………………………

Kraj pochodzenia …………………………

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/**  **Odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Wyposażenie fabrycznie nowe, nie powystawowe, rok produkcji nie wcześniejszy niż 2018 r., gotowe do użytkowana bez dodatkowych zakupów i inwestycji. | TAK | TAK/NIE\*,  Podać |
|  | Wymiary zewnętrzne wózka (bez wyposażenia dodatkowego):  100 cm, 70 cm, 56 cm (wysokość od podłoża do blatu górnego/szerokość/głębokość) (+/-20 cm).  Wymiar szafki i półki: szerokość 60÷70 cm, głębokość 50÷56 cm. | TAK | TAK/NIE\*,  Podać |
|  | Blat górny wykonany z ABS łatwo zmywalny, odporny na środki dezynfekcyjne z burtami zapobiegającą zsuwaniu się przedmiotów z 3 stron z pogłębieniem.  Szafka i półka wykonane ze stali malowanej proszkowo lub rozwiązanie równoważne. | TAK | TAK/NIE\*,  Podać |
|  | Konstrukcja wykonana ze stali, aluminium oraz tworzywa sztucznego wysokiej jakości.  Boki szafki zbudowane w sposób zapewniający łatwy montaż i demontaż wyposażenia dodatkowego np. na szynie z profilu aluminiowego lub rozwiązanie równoważne.  Podstawa szafki stalowa pokryta tworzywem ABS pełniąca funkcję półki dolnej.  Odboje dolne scalone z podstawą szafki. | TAK | TAK/NIE\*,  Podać |
|  | Szafka pod blatowa składająca się z:  - wysuwanego z przodu wózka blatu roboczego (stanowiącego dodatkową powierzchnię) z systemem łatwego domykania i wyjmowania,  - dwóch wyjmowanych szuflad z systemem łatwego domykania.  Szafka zamykana centralnym zamkiem. | TAK | TAK/NIE\*,  Podać |
|  | Półka w przestrzeni pomiędzy szafką a podstawą.  Łatwy montaż i demontaż półki przez personel medyczny. | TAK | TAK/NIE\*,  Podać |
|  | Uchwyty w kształcie litery „C” po obu bokach szafki. | TAK | TAK/NIE\*,  Podać |
|  | Akcesoria montowane na bokach wózka:   1. pojemnik na odpady otwierany kolanem posiadający wyjmowany wkład wewnętrzny **lub** pojemnik na odpady na pedał, minimalna pojemność pojemnika 5 L i nie większy niż 10 L 2. Koszyczek owalny na 2 pojemniki np. na igły metalowy chromowany lub malowany proszkowo.   (Najczęściej używane przez Zamawiającego pojemniki na igły: średnica górna pojemnika ok. 12÷13 cm, średnica dolna 10,5÷11 cm, wysokość 20 cm)   1. Listwa sieciowa minimum 3 gniazda. | TAK | TAK/NIE\*,  podać………….. |
|  | Wózek wyposażony w 4 koła w tym min. 2 powinny posiadać hamulec nożny | TAK | TAK/NIE\*, |
|  | **DOKUMENTACJA PRODUKTU:**   * Deklaracja zgodności z normami lub wpis do rejestru wyrobów medycznych - jeżeli dotyczy, * Informacja o sposobie dezynfekcji i środkach, jakie należy stosować do mycia wyposażenia – przy dostawie. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | **SERWIS, GWARANCJA:**  Serwis gwarancyjny realizowany przez autoryzowany serwis producenta lub przez pracownika posiadającego uprawnienia nadane przez producenta do wykonywania napraw. | TAK | TAK/NIE\* |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

**UWAGI:**

W kolumnie „Odpowiedź Wykonawcy” w pozycjach TAK/NIE\* zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów.

* Oświadczamy, iż zaoferowany przedmiot zamówienia spełnia warunki opisane w specyfikacji istotnych warunków zamówienia (SIWZ) oraz posiada parametry opisane w Opisie Przedmiotu Zamówienia
* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
* Oświadczamy iż dostarczymy na swój koszt materiały potrzebne do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

........................................................................

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Pakiet nr 8 - Wózek proceduralny z wyposażeniem (1 sztuka dla oddział neurologicznego)**

*Zdjęcie poglądowe*

