**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Pakiet nr 5 - Łóżka elektryczne z panelem sterowania dla dorosłych**

**(5 sztuk dla oddziału neurologicznego)**

Nazwa Producenta …………………………

Nazwa/Typ/Model Urządzenia …………………………

Kraj pochodzenia …………………………

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/**  **Odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Komplet łóżko elektryczne „wzmożonego nadzoru”** **z panelem sterowania dla dorosłych oraz szafką przyłóżkową. Ilość: 5 kompletów**.  Wyposażenie fabrycznie nowe, nie powystawowe, rok produkcji nie wcześniejszy niż 2018 r., gotowe do użytkowana bez dodatkowych zakupów i inwestycji. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
| **Parametry i funkcje łóżka elektrycznego z panelem sterowania dla dorosłych** | | | |
|  | Zasilanie 230V/50Hz z sygnalizacją włączenia łóżka do sieci. Kabel zasilający na przewodzie skręcanym, rozciągliwym. Sygnalizacja włączenia / wyłączenia z prądu działająca w sytuacji wyrwania kabla z gniazdka, uszkodzenia łóżka lub awarii gniazdka. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Układ elektryczny wyposażony w akumulator z funkcją zachowania energii umożliwiającej wyłączenie funkcji CPR  podczas rozładowywania dla pozostałych regulacji w przypadku niepodpięcia do sieci. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Akumulator ze wskaźnikiem naładowania i diagnozowaniem żywotności baterii. | 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 i obrotu. Średnica kół 15 cm (+/- 3 cm).  Koła jezdne wykonane z tworzywa niebrudzącego podłóg bieżnikiem.  Dźwignie blokady dostępne przy kołach minimum od strony nóg pacjenta.  Graficzne oznaczenie użytkowanej funkcji blokady. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Bezpieczne (nie narażające bezpieczeństwa pacjenta) obciążenie robocze dla każdej pozycji leża i segmentów łóżka minimum 250 kg. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | System elektrycznej ochrony przed uszkodzeniem łóżka w wyniku przeciążenia poprzez wyłączenie regulacji łóżka w przypadku przekroczenia obciążenia. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | System elektryczny łóżka wyposażony w pamięć min. 500 funkcji, przeciążeń oraz błędów. |  |  |
|  | Wymiary zewnętrzne łóżka:   * Długość całkowita: nie większa niż 225 cm * Szerokość całkowita wraz z zamontowanymi barierkami: nie większa 100 cm | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Wymiary leża minimum 90 x 200 cm.  Możliwość wydłużenia leża mechanizmem samozatrzaskowym o min. 15 cm | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Szczyty łóżka tworzywowe z jednego odlewu.  Szczyty wyjmowane bez użycia narzędzi, posiadające blokadę oraz wizualne oznaczenie pozycji blokady.  Blokada poprzez pojedynczy przycisk zlokalizowany w dolnej części szczytu. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Leże łóżka 4 segmentowe, w tym 3 segmenty ruchome. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Leże łóżka oparte na kolumnach cylindrycznych | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Panele leża z otworami wentylacyjnymi i systemem odprowadzania płynów pod łóżko.  Leże wypełnione panelami tworzywowymi, gładkimi i montowanymi w sposób umożliwiający ich łatwy demontaż (bez śrub i elementów łączących, bez użycia narzędzi).  Panele odporne na środki dezynfekcyjne. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Panel sterowniczy dla personelu:  - podzielony na min. 3 strefy kolorystyczne ułatwiające szybką, intuicyjną obsługę,  - zawierający wszystkie regulacje i funkcje pozycji zaprogramowanych,  - przewodowy, z możliwością powieszenia na szczycie łóżka od strony nóg pacjenta oraz z możliwością schowania na półce na pościel pod leżem,  - selektywna blokada funkcji przyciskami na panelu oraz kontroli informujące o zablokowanych funkcjach,  - sygnał dźwiękowy przy próbie użycia zablokowanej funkcji. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | System bezpieczeństwa chroniący przed nieumyślnym uruchomieniem funkcji elektrycznych poprzez konieczność wciśnięcia przycisku aktywującego.    Przycisk bezpieczeństwa powodujący natychmiastowe odłączenie wszystkich funkcji elektrycznych łóżka poza funkcjami ratunkowymi w przypadku wystąpienia zagrożenia oraz w przypadku braku podłączenia do sieci tj. podczas pracy na akumulatorze.  Przycisk aktywujący wszystkie funkcje elektryczne dostępny na każdym sterowniku łóżka. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Stan uśpienia łóżka (tj. odłączenie wszelkich regulacji poza funkcjami ratunkowymi) po 3-5 minutach nieużywania regulacji. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Pilot dla pacjenta:  - wbudowany w barierki boczne, minimum 4 sterowniki po obu stronach łóżka, od wewnętrznej i zewnętrznej strony barierek,  - z podstawowymi funkcjami: wysokość, zmiana nachylenia segmentu pleców i segmentu uda oraz autokontur,  - posiadający podświetlane przyciski ułatwiające sterowanie łóżkiem w nocy,  - bez regulacji pozycji zaprogramowanych. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Łóżko z funkcjami zaprogramowanymi w pojedynczych przyciskach.  Funkcje:  - Trendelenburga  - antyTrendelenburga  - reanimacyjna (CPR),  - krzesło kardiologiczne,  - antyszokowa,  - egzaminacyjna.  Funkcje dostępne z panelu sterowniczego dla personelu. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Elektryczna regulacja autokonturu.  Jednoczesne podnoszenie lub opuszczanie segmentów pleców i uda. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Elektryczna regulacja pozycji Trendelenburga 15 st. (+/- 3 stopnie) i anty – Trendelenburga 15 st. (+/- 3 stopnie) | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Elektryczna regulacja wysokości leża w zakresie od 35 cm (+/- 5 cm) do 75 cm, (+/- 5 cm) | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Elektryczna regulacja oparcia pleców  Kąt segmentu oparcia pleców: regulacja w zakresie od 0 do 65° (+/-5°) | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Elektryczna regulacja segmentu uda  Kąt segmentu uda: regulacja w zakresie od 0 do 30° (+/-5°) | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Funkcja automatycznego zatrzymania oparcia pleców pod kątem 30° przy regulacji w dowolnym kierunku. Zatrzymanie przy regulacji segmentu pleców z każdego sterownika. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Funkcja CPR mechaniczna dostępna niezależnie od ułożenia barierek bocznych. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Funkcja autoregresji (niwelująca ryzyko powstania odleżyn) w segmencie:  - pleców: min. 10 cm,  - uda: min. 5 cm. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Funkcja podwójnej autoregresji, czyli system teleskopowego odsuwania się segmentu pleców oraz uda nie tylko do tyłu, ale i do góry (ruch po okręgu) podczas podnoszenia segmentów. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | **Komplet barierek bocznych** tworzywowych, dzielonych i poruszających się z segmentami leża, zabezpieczające pacjenta w pozycji leżącej oraz siedzącej.  Barierki boczne:  - zabezpieczające pacjenta na całej długości leża,  - z uchwytami służącymi di podparcia podczas mobilizacji pacjenta,  - składane bez potrzeby zwiększania powierzchni manipulacyjnej wokół łóżka czyli ponad 5 cm (+/- 2 cm),  - składane wzdłuż ramy leża za pomocą jednego przycisku, mechanizm zwalniania, pozycjonowania barierek jedną ręką umieszczony w miejscu łatwo dostępnym, wspomagany sprężyną gazową,  - opuszczane poniżej poziomu materaca i nie powodujące poszerzania łóżka niezależnie od ich ułożenia,  - zabezpieczone przed nieświadomym otwarciem poprzez mechanizm otwierania w dwóch ruchach (tj. odwiedzenie/ dociśnięcie/ podniesienie barierki w celu zwolnienia mechanizmu blokującego),  - spełniające normy bezpieczeństwa EN 60601-2-52 (komplet barierek do każdego z łóżek). | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Barierki boczne posiadające wbudowany cieczowy wskaźnik kąta nachylenia leża oraz segmentu pleców z zaznaczeniem katów min. 30 i 60 stopni;  Wskaźnik kąta z kolorową cieczą informujący poprzez zmianę koloru podświetlenia o trybie:  - czuwania,  - gotowości do użycia,  - najniższej pozycji leża. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | W każdym z narożników łóżka tuleje do mocowania wieszaka kroplówki oraz wysięgnika z uchwytem do ręki. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | W narożnikach leża 4 krążki odbojowe chroniące ściany i łóżko przed uderzeniami i otarciami. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | **Pozostałe wyposażenie łóżka** (każdego z zamawianych łóżek):   * Wysuwana spod szczytu łóżka od strony nóg rozkładana półka na pościel lub torbę pacjenta, * Uchwyt na worki urologiczne zintegrowany z barierkami bocznymi. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
| **Parametry i funkcje szafki przyłóżkowej** | | | |
|  | Szafa przyłóżkowa o wymiarach: wysokość 90 cm (+/- 3 cm),  szerokość 50 cm (+/- 3 cm), głębokość 50 cm (+/- 3 cm) | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Konstrukcja szafki wykonana ze stali ocynkowanej i malowanej proszkowo. Szafka odporna na działanie promieni UV oraz środków dezynfekcyjnych | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Blat szafki wykonany z wysokociśnieniowego tworzywa sztucznego odpornego na środki dezynfekcyjne i wysoką temperaturę.  Uwaga: możliwość wyboru koloru blatu przed realizacją dostawy. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Blat górny oraz blat boczny z obrzeżem zabezpieczającym przed zsuwaniem się przedmiotów. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Szafka wyposażona w blat boczny z regulacją wysokości wspomaganą za pomocą sprężyny gazowej w zakresie 70-110 cm (+/- 5 cm). | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Blat boczny chowany w korpus szafki niewystający poza obrys.  Regulacja kąta pochylenia blatu o min. 60 stopni z możliwością zatrzymania pochylenia w pozycjach pośrednich. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Szafka wyposażona w uchwyty typu litera „C”:  - dwa na blacie szafki służące do przetaczania szafki,  - na boku szafki służące do przesuwania szafki lub jako uchwyty np. na ręcznik.  Uchwyty metalowe lakierowane proszkowo lub powlekane tworzywem. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Szafka wyposażona w dwie szuflady wykonane z wysokociśnieniowego tworzywa sztucznego lub równoważnego, odpornego na środki dezynfekcyjne i wysoką temperaturę. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Szuflady wysuwane na prowadnicach suwnych. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Dwustronna tworzywowa półka pomiędzy szufladami. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Dwustronna metalowa półka pod dolną szufladą przeznaczona na obuwie pacjenta. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Szafka przejezdna wyposażona w 4 podwójne kółka o średnicy min. 8 cm (+/- 2 cm). Koła blokowane centralnie.  Koła szafki blokowane układem hamulcowym z pokrętłem lub przyciskiem dostępnym na wysokości górnej szuflady lub blatu górnego. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Mechanizm blokujący wbudowany w konstrukcję szafki (niewystający poza obrys co zmniejsza ryzyko uszkodzenia) | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
| **Pozostałe wymagania** | | | |
|  | **DOKUMENTACJA PRODUKTU:**   * Certyfikat CE / Deklaracja zgodności CE, Zgłoszenie / Przeniesienie / Wpis do rejestru wyrobów medycznych, * Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie * Informacja o sposobie dezynfekcji i środkach, jakie należy stosować do mycia wyposażenia – 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\*  podać………….. |
| 1. Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
| 1. Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
| 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