**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Pakiet nr 4 - Łóżka elektryczne z panelem sterowania dla dorosłych (4 sztuki dla oddziału chirurgicznego)**

Nazwa Producenta …………………………

Nazwa/Typ/Model Urządzenia …………………………

Kraj pochodzenia …………………………

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/**  **Odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Komplet łóżko elektryczne z panelem sterowania dla dorosłych oraz szafką przyłóżkową. Ilość: 4 komplety**.  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 220-240V/50Hz z sygnalizacją włączenia łóżka do sieci. | 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 13 cm (+/- 2 cm).  Koła jezdne wykonane z tworzywa niebrudzącego podłóg bieżnikiem.  Dźwignie blokady dostępne przy kołach minimum od strony nóg pacjenta. | 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……. |
|  | 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 graficzne oznaczenie pozycji blokady. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Leże łóżka 4 segmentowe, w tym 3 segmenty ruchome. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Leże łóżka oparte na systemie ramion wznoszących podpierających leże w min. 8 punktach lub na kolumnach cylindrycznych | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Leże z otworami wentylacyjnymi.  Rama leża wypełniona 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……. |
|  | Rama łóżka lub panele posiadają wytłoczone wskazówki (graficzne oznaczenia) dla personelu dotyczące montażu paneli celem eliminacji błędów. | 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 umiejscowionego na każdym panelu sterowania lub rozwiązanie równoważne.  Przycisk bezpieczeństwa powodujący natychmiastowe odłączenie wszystkich funkcji elektrycznych łóżka poza funkcjami ratunkowymi także w przypadku braku podłączenia do sieci, podczas pracy na akumulatorze. | 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:  - z podstawowymi funkcjami: wysokość, zmiana nachylenia segmentu pleców i segmentu uda oraz autokontur,  - posiadający podświetlane przyciski i wbudowaną latarkę,  - bez regulacji pozycji zaprogramowanych.  Pilot przewodowy. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Łóżko z funkcjami zaprogramowanymi w pojedynczych przyciskach.  Funkcje:  - Trendelenburga  - antyTrendelenburga  - reanimacyjna (CPR),  - krzesło kardiologiczne,  - antyszokowa,  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 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……. |
|  | Łóżko przystosowane do zamontowania dodatkowych barierek bocznych, ramy wyciągowej, uchwytów na basen oraz kaczkę. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | **Komplet barierek bocznych** lakierowanych proszkowo.  Barierki boczne:  - podstawowe na ok. ¾ długości leża,  - możliwość uzupełnienia o protektor na całej długości,  - składające się z trzech poziomych poprzeczek z zabezpieczeniem przed całkowitym nakładaniem się na siebie po ich opuszczeniu,  - składane wzdłuż ramy leża za pomocą jednego przycisku, mechanizm zwalniania, pozycjonowania barierek jedną ręką umieszczony na górnej poprzeczce,  - 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……. |
|  | 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. | 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 służący 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

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Pakiet nr 6 - Wózek do przewożenia chorych w pozycji leżącej dla dorosłych**

**(2 sztuki dla oddziału chirurgicznego)**

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………….. |
|  | Konstrukcja wózka – metalowa malowana proszkowo | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Długość całkowita leża (z odbojami) 210 cm ( +/- 10 cm) | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Szerokość segmentów leża (z poręczami) 73 cm ( +/- 10 cm) | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Wymiary leża: 193 x 60 cm ( +/- 5 cm ) | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Regulacja wysokości leża hydrauliczna za pomocą obustronnej dźwigni nożnej.  Regulacja wysokości leża wózka od podłogi w zakresie  od 60 cm ( +/- 5 cm ) do 87 cm ( +/- 7 cm ) | TAK | TAK/NIE\*,  podać………….. |
|  | Leże dwuczęściowe pokryte odejmowanym materacem o gr. min. 3 cm | TAK | TAK/NIE\*,  podać………….. |
|  | Leże zabezpieczone przed uderzeniami za pomocą 4 krążków odbojowych | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Wózek wyposażony z obu stron w chromowane barierki boczne | TAK | TAK/NIE\*,  podać………….. |
|  | Regulacja segmentu pleców do 77 st. (+/- 13 stopni)  Za pomocą sprężyny gazowej | TAK | TAK/NIE\*,  podać………….. |
|  | Wyposażenie:  - podstawa z metalowym koszem wymiary: dł. 27 cm ( +/- 2 cm), szer. 24 cm ( +/- 2 cm ), wysokość 14 cm, ( +/- 2 cm ),  - uchwyt na butle z tlenem o pojemności do 3 l (wymiary wysokość do 41 cm, średnica 11,5 cm) ,  - wieszak na kroplówki. | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | 4 koła jezdne o średnicy 15 cm ÷ 20 cm**,** wykonane z tworzywa z blokada centralną i kierunkową.  Dźwignie blokady oznaczony kolorystycznie. | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Obciążenie min. 170 kg | 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 * 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………….. |
|  | 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