**TABELA NR 1 STOŁY MEDYCZNE – WYMAGANIA**

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Opis przedmiotu zamówienia | Parametr wymagany / parametr dodatkowo oceniany | Parametr oferowany wpisać TAK dla parametrów wymaganychwpisać TAK/NIE lub parametr oferowany dla parametrów dodatkowo ocenianych |
| **STÓŁ DO REHABILITACJI TRZYSEKCYJNY (2 szt.)** |
|  | Stół do rehabilitacji, fabrycznie nowy, wyprodukowany w roku minimum 2021: nazwa, typ, model, producent | **TAK(podać)** |  |
|  | Deklaracja zgodności UE/WE oferowanego stołu do rehabilitacji.Oznakowanie oferowanego stołu do rehabilitacji znakiem CE. | **TAK** |  |
|  | Zgłoszenie oferowanego stołu do rehabilitacji do rejestru wyrobów medycznych. | **TAK** |  |
|  | Stół 3-sekcyjny z pozycją Pivota | **Od 0° do +20 °** |  |
|  | Dwa systemy regulacji wysokości: elektryczny (specjalna rama albo przycisk nożny) i hydrauliczny + pilot | **TAK** |  |
|  | Leżysko pokryte wysokiej klasy imitacją skóry | **Grubość: min. 40 mm** |  |
|  | Płynna regulacja zagłówka za pomocą sprężyny gazowej | **Od -72° do +30°** |  |
|  | Zagłówek z wyprofilowanym otworem na twarz wraz z zaślepką |  |  |
|  | Płynna regulacja sekcji nożnej za pomocą 2 sprężyn gazowych | **Od 0° do +75°** |  |
|  | Ergonomicznie rozmieszczone dźwignie sprężyn gazowych | **Automatyczna blokada ustawienia poszczególnych sekcji leżyska po zwolnieniu dźwigni** |  |
|  | Funkcjonalny design: optymalny podział na sekcje oraz maksimum miejsca (na leżysku) dla pacjenta oraz (pod nim) na nogi terapeuty | **TAK** |  |
|  | Solidny i stabilny szkielet (GSP) | **TAK** |  |
|  | Podstawa jezdna z systemem 4 kółek kierunkowych oraz stopkami.Mechanizm jezdny z centralną blokadą kół | **TAK** |  |
|  | Dane techniczne | **Długość: 202 cm****(± 3 cm)****Wysokość: 45-95 cm****(± 3 cm)****Szerokość: 67 cm****(± 3 cm)****Max. obciążenie: 150 kg****(± 5 kg)****Waga: do 100 kg****(± 5 kg)** |  |
|  | Kolor tapicerki | **do uzgodnienia** |  |
|  | Dostawa, montaż i szkolenie personelu po instalacji | **TAK** |  |
|  | Gwarancja – minimum 24 miesiące | **TAK****podać****parametr dodatkowo oceniany:****24 miesiące – 0 pkt****36 miesięcy – 20 pkt** |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | **TAK** |  |
|  | Dostarczenie przy odbiorze następujących dokumentów:-karta gwarancyjna stołu do rehabilitacji-paszporty techniczne- instrukcje obsługiw języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej | **TAK** |  |
|  | Przeglądy stołu do rehabilitacji w okresie gwarancji zgodnie z zaleceniami producenta (podać ile). Ostatni przegląd bezpośrednio przed zakończeniem okresu gwarancji. | **TAKpodać** |  |
|  | Czas realizacji serwisu gwarancyjnego max. 14 dni roboczych.*Przez czas realizacji serwisu gwarancyjnego należy rozumieć czas od dnia zgłoszenia usterki/awarii do dnia zrealizowania naprawy* |  |  |
|  | Każda naprawa gwarancyjna trwająca dłużej niż 14 dni robocze powoduje przedłużenie okresu gwarancji o liczbę dni wyłączenia sprzętu z eksploatacji | **TAK** |  |
|  | W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 14 dni robocze – Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć urządzenie zastępcze na czas naprawy(o parametrach określonych w niniejszym postępowaniu lub wyższych) | **TAK** |  |
| **STÓŁ DO PIONIZACJI ( 1 SZTUKA)** |
|  | Stół fabrycznie nowy, wyprodukowany w roku minimum 2021: nazwa, typ, model, producent  | **TAK****(podać)** |  |
|  | Deklaracja zgodności UE/WE oferowanego sprzętu.Oznakowanie oferowanego sprzętu znakiem CE. | **TAK** |  |
|  | Zgłoszenie oferowanego sprzętu do rejestru wyrobów medycznych. | **TAK** |  |
|  | Minimalne wymiary leżyska 190cmx60cm | **TAK** |  |
|  | Regulacja kąta pionizacji 0-88 stopni (+3) | **TAK** |  |
|  | Regulacja wysokości stołu od 53 cm- do 100 cm | **TAK** |  |
|  | Maksymalne obciążenie do 200 kg (± 5 kg) | **TAK** |  |
|  | System jezdny składający się z czterech kół kierunkowych z indywidualnym systemem blokowania | **TAK** |  |
|  | Zmiana kąta nachylenia leżyska za pomocą pilota elektrycznego | **TAK** |  |
|  | Pasy stabilizacyjne na klatkę piersiową, miednicę, kończyny dolne | **TAK** |  |
|  | Uchwyty/szyny do mocowania pasów stabilizacyjnych po obu stronach leża | **TAK** |  |
|  | Regulowany zagłówek | **TAK** |  |
|  | Regulowane niezależnie dwa podnóżki | **TAK** |  |
|  | Materiał obicia:skóra ekologiczna | **TAK** |  |
|  | Kolor tapicerki | **Do uzgodnienia** |  |
|  | Okres gwarancji minimum 24 miesiące | **TAK****podać****parametr dodatkowo oceniany:****24 miesiące – 0 pkt****36 miesięcy – 20 pkt** |  |
|  | Czas realizacji serwisu gwarancyjnego max. 14 dni roboczych.*Przez czas realizacji serwisu gwarancyjnego należy rozumieć czas od dnia zgłoszenia usterki/awarii do dnia zrealizowania naprawy* | **TAK** |  |
|  | Każda naprawa gwarancyjna trwająca dłużej niż 14 dni robocze powoduje przedłużenie okresu gwarancji o liczbę dni wyłączenia sprzętu z eksploatacji | **TAK** |  |
|  | W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 14 dni robocze – Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć urządzenie zastępcze na czas naprawy(o parametrach określonych w niniejszym postępowaniu lub wyższych) | **TAK** |  |
|  | Dostawa, montaż i szkolenie personelu po instalacji | **TAK** |  |
|  | Dostarczenie przy odbiorze następujących dokumentów:-karta gwarancyjna stołu do rehabilitacji-paszporty techniczne- instrukcje obsługiw języku polskim w wersji elektronicznej i papierowejPrzeglądy stołu w okresie gwarancji zgodnie z zaleceniami producenta (podać ile). Ostatni przegląd bezpośrednio przed zakończeniem okresu gwarancji. | **TAK****TAK** **podać** |  |

\*) W przypadku gdy Zamawiający dopuścił możliwość zaoferowania przez Wykonawców innych parametrów niż wymagane w niniejszym dokumencie – Wykonawca jest zobowiązany w kolumnie „Parametry oferowane” zaznaczyć, że oferuje parametr dopuszczony przez Zamawiającego
i opisać oferowany parametr.

**Informacja dla Wykonawcy:**

**Wypełniona** Tabela nr 1 pn. „STOŁY MEDYCZNE – WYMAGANIA” musi być **opatrzona** przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy **kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanych lub podpisem osobistym** i przekazana Zamawiającemu wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę*.*