**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 wymaganych  wpisać 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 obsługi  w 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. | **TAK podać** |  |
|  | 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 obsługi  w języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej  Przeglądy 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*.*