**TABELA NR 2 STÓŁ ZABIEGOWY – WYMAGANIA**

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis przedmiotu zamówienia | Parametr wymagany  | Parametr oferowany wpisać TAK dla parametrów wymaganych |
| **STÓŁ ZABIEGOWY (1 szt.)** |
|  | Stół zabiegowy elektryczny, fabrycznie nowy, wyprodukowany w roku minimum 2022: nazwa, typ, model, producent | **TAK, podać** |  |
|  |  2-segmentowe leże, segmenty tapicerowane, grubość tapicerki min. 6 cm  | **TAK, podać** |  |
|  | Wymiary całkowite stołu: długość stołu 200 cm (± 10 cm), szerokość 70 cm (± 10 cm) | **TAK** |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości stołu w zakresie od min. 40 cm do max 100 cm  | **TAK** |  |
|  | Oparcie pleców regulowane za pomocą sprężyn gazowych | **TAK** |  |
|  | Regulacja segmentu głowy: -25° do +65° (±5°) za pomocą sprężyny gazowej | **TAK** |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie 250 kg | **TAK** |  |
|  | 4 koła z systemem indywidualnej blokady. wysuwane z podstawy dźwignią nożną w celu przemieszczenia stołu | **TAK** |  |
|  | Materac wykonany z wysokiej jakości elastycznej pianki, pokrowiec PVC powlekany dżersejem, z powłoką antybakteryjną, odporny na ścieranie | **TAK** |  |
|  | Gwarancja – minimum 24 miesiące | **TAK** |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | **TAK** |  |
|  | Deklaracja zgodności UE/WE oferowanego stołu.Oznakowanie oferowanego stołu zabiegowego znakiem CE. | **TAK** |  |
|  | Zgłoszenie oferowanego stołu do rejestru wyrobów medycznych. | **TAK** |  |
|  | Dostarczenie przy odbiorze następujących dokumentów:-karta gwarancyjna stołu -paszport techniczny- instrukcje obsługiw języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej | **TAK** |  |
|  | 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** |  |
|  | Przeglądy stołu zabiegowego w okresie gwarancji zgodnie ze zaleceniami producenta (podać ile). Ostatni przegląd bezpośrednio przed zakończeniem okresu gwarancji. | **TAK****Podać ile** |  |

\*) 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 2 pn. „STÓŁ ZABIEGOWY– WYMAGANIA” jest częścią oferty i powinna być podpisana zgodnie z zasadami określonymi przez Zamawiającego w Zapytaniu ofertowym w Rozdziale 7 pkt.1.