**Załącznik nr 2 OPZ Pakiet nr 3**

**Wykonawca:**

……………………………..

……………………………..

……………………………..

(nazwa firmy, adres)

Dokument musi być podpisywany zgodnie z zapisami Rozdział III SWZ.

**PAKIET NR 3**

|  |
| --- |
| **Fotel ginekologiczno - zabiegowy – 1 szt.** |

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa urządzenia/typ/model |  |
| Producent |  |
| Rok produkcji min.2021 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cena netto** | **Stawka VAT** | **Wartość VAT** | **Wartość brutto**  **(wartość netto + wartość VAT)** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | NAZWA PARAMETRU | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA** |
| 1 | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych kosztów po stronie Zamawiającego. Wyklucza się aparaty demo, powystawowe. | Tak |  |
| 2 | Fotel ginekologiczno - zabiegowy 3 segmentowy składający się z segmentu głowy, pleców, segmentu siedziska | Tak |  |
| 3 | Fotel osadzony na elektromechaniczne regulowanej kolumnie | Tak |  |
| 4 | Podstawa, kolumna zabezpieczona tworzywową, gładką osłoną, gwarantująca brak przestrzeni zamkniętych i trudno dostępnych oraz łatwość i szybkość dezynfekcji. Podstawa, kolumna oraz spodnie części wszystkich segmentów fotela powinny zostać obudowane łatwą w utrzymaniu czystości obudową z tworzywa sztucznego. | Tak |  |
| 5 | Szerokość powierzchni roboczej leża: 615 mm | Tak |  |
| 6 | Długość 3-segmentowej powierzchni roboczej w pozycji horyzontalnej: 1365 m | Tak |  |
| 7 | Wymiary zewnętrzne w pozycji leżącej 1400 x 800mm | Tak |  |
| 8 | Podstawa na kółkach o średnicy min. 75 mm z indywidualnymi hamulcami | Tak |  |
| 9 | Regulacja wysokości - elektromechaniczna 640-940mm , sterowanie za pomocą przycisków nożnych wbudowanych w podstawę fotela oraz za pomocą kablowego pilota ręcznego. | Tak |  |
| 10 | Regulacja segmentu pleców elektromechaniczna 0-80o uzyskiwana za pomocą przycisków nożnych wbudowanych w podstawę fotela oraz za pomocą kablowego pilota ręcznego. | Tak |  |
| 11 | Regulacja segmentu siedzenia (Trendelenburg) elektromechaniczna 0-20o uzyskiwana za pomocą przycisków nożnych wbudowanych w podstawę fotela oraz za pomocą kablowego pilota ręcznego. | Tak |  |
| 12 | Regulacja segmentu głowy +/-30 o za pomocą przycisku sprężyny gazowej w tylnej części sekcji pleców | Tak |  |
| 13 | Programator pozycji badań i zabiegów. Programator (pamięć) 3 pozycji ustawienia fotela . Programowanie oraz realizacja wszystkich 3 programów za pomocą kablowego pilota ręcznego oraz za pomocą przycisków wbudowanych w podstawę fotela; | Tak |  |
| 14 | Schodek pacjenta -cały pokryty obudową z tworzywa sztucznego z możliwością demontażu nasuwany na podstawę fotela (szt.1) | Tak |  |
| 15 | Uchylna okrągła miska (szt 1) | Tak |  |
| 16 | Uchylna okrągła miska z odpływem i wiadrem szt 1 | Tak |  |
| 17 | Poliuretanowa podpórka infuzyjna ręki z mocowaniem na listwie wyposażona w rzep mocujący szt 1 | Tak |  |
| 18 | Podpórki pod ręce pacjenta z uchwytami na listwę (demontowalne) (1 para) | Tak |  |
| 19 | Podpórki podudzia typu Goepela w kolorystyce blatów fotela, wyposażone w rzepy mocujące (1 para) | Tak |  |
| 20 | Wieszak z podkładem papierowym za segmentem pleców (szt. 1) | Tak |  |
| 21 | Możliwość poprowadzenia podkładu papierowego w rolce między segmentem pleców i głowy oraz między segmentem pleców i segmentem siedzenia | Tak |  |
| 22 | Stojak kroplówki wykonany w całości ze stali nierdzewnej wysuwany teleskopowo z mocowanie na listwę szt 1 | Tak |  |
| 23 | Para listew ze stali nierdzewnej do montażu wyposażenia na segmencie siedzenia (1 para) | Tak |  |
| 24 | Para listew ze stali nierdzewnej do montażu wyposażenia na segmencie pleców (1 para) | Tak |  |
| 25 | Nośność: min. 150kg | Tak |  |
| 26 | **Warunki gwarancyjne** |  |  |
| 27 | Bezpłatna dostawa wraz z rozładunkiem, montażem oraz uruchomieniem i przeszkoleniem personelu natychmiast po dostawie, potwierdzona protokołami z przeprowadzonych szkoleń , odbioru sprzętu i przekazania do eksploatacji | Tak |  |
| 28 | Szkolenie personelu w zakresie procesu sterylizacji elementów urządzenia o ile takie będą występować | Tak |  |
| 29 | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych, eksploatacyjnych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 6 lat od daty zawarcia umowy | Tak |  |
| 30 | Bezpłatne przeglądy okresowe w czasie trwania gwarancji.  Liczba przeglądów uwarunkowana wymogami producenta jednak nie rzadziej niż raz w roku | Tak |  |
| 31 | Autoryzacja producenta na sprzedaż zaoferowanego aparatu (dokumenty załączyć) | Tak |  |
| 32 | Przeprowadzenie na koszt wykonawcy testów akceptacyjnych aparatu. | Tak |  |
| 33 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 34 | Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE, bądź Deklaracje Zgodności CE lub inne dokumenty równoważne. | Tak |  |
| 35 | Dokumenty upoważniające urządzenie do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa w tym m. in: paszport (z wprowadzoną datą uruchomienia i datą następnego przeglądu dd-mm-rr), karta gwarancyjna, potwierdzenie, że dostarczane urządzenie medyczne jest dopuszczone do obrotu i stosowania w służbie zdrowia zgodnie z obowiązującymi przepisami, instrukcje obsługi, opisy techniczne, w przypadku urządzeń lub elementów urządzenia wymagających tego – zasady przeprowadzania procesów dekontaminacji (mycie, dezynfekcja i sterylizacja). | Tak |  |
| 36 | Czas reakcji na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji max. do 48 godzin (dotyczy dni roboczych). | Tak |  |
| 37 | Maksymalny czas usuwania awarii - 3 dni robocze. | Tak |  |
| 38 | Autoryzowany serwis w okresie gwarancji | Tak |  |
| 39 | Siedziba serwisu gwarancyjnego (podać nazwę i dane kontaktowe) | Podać |  |
| 40 | Broszura lub inny dokument równoważny zawierający wykaz parametrów technicznych producenta potwierdzający wszystkie wymagane parametry, opisane przez Zamawiającego | Tak |  |