**Zadanie realizowane w ramach: „U M O W Y nr DOI/FM/SIS/9/305/388/2023 na udzielenie dotacji celowej na finansowanie/dofinansowanie realizacji programu inwestycyjnego pn. „Przebudowa i doposażenie Uniwersyteckiego Centrum Pediatrii im. M. Konopnickiej oraz Ponadregionalnego Ośrodka Onkologii Dziecięcej” w Centralnym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi przy ul. Pomorskiej 251**

**„Dostawa aparatury i wyposażenia medycznego w ramach zdania pn.: „Przebudowa i doposażenie Uniwersyteckiego Centrum Pediatrii im. M. Konopnickiej oraz Ponadregionalnego Ośrodka Onkologii Dziecięcej” dla SP ZOZ CSK UM w Łodzi**

**ZP/164/2024**

**Załącznik nr 2 – Pakiet Nr 10**

**Stół zabiegowy elektryczny – 4 szt.**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry i warunki techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane** |
|  | **I. Wymagania Ogólne** |  |  |
| 1 | Nazwa Urządzenia | Podać |  |
| 2 | Typ Urządzenia | Podać |  |
| 3 | Producent | Podać |  |
| 4 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 5 | Rok produkcji 2024, urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane | TAK |  |
| 6 | Aktualne dokumenty potwierdzające, że zaoferowany przez wykonawcę sprzęt jest dopuszczony do użytku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (deklaracja zgodności i oznakowanie znakiem CE), tzn. ,że oferowany sprzęt posiada wymogi określone w Ustawie z dnia 07.04.2022 r. o wyrobach medycznych (DZ.U 2022 poz. 974) oraz dyrektywami Unii Europejskiej | TAK |  |
| 7 | Klasyfikacja zgodna z normą IEC/EN 60601-1, ochrona przed porażeniem prądem lub równoważna | TAK |  |
| 8 | Ochrona przed wilgocią lub równoważna | Podać |  |
|  | **II. Parametry techniczne urządzenia** |  |  |
| 1 | Stół osadzony na elektromechanicznie regulowanej kolumnie | Tak /Podać |  |
| 2 | Stół podstawie jezdnej | Tak /Podać |  |
| 3 | Podstawa wyoblona przy krawędziach o wymiarach 1300x660 mm (długość x szerokość) | Tak /Podać |  |
| 4 | Wykonanie z profili stalowych pokrytych lakierem proszkowym | Tak /Podać |  |
| 5 | Cała podstawa oraz kolumna szczelnie obudowana osłoną z tworzywa sztucznego w kolorze białym. Nie dopuszcza się stołu z obudową metalową malowaną proszkowo podstawy i kolumny, nie dopuszcza się stołu bez obudowy podstawy i kolumny | Tak /Podać |  |
| 6 | Stół dwu segmentowy | Tak /Podać |  |
| 7 | Wysokość regulowana elektromechanicznie w zakresie 620-920 mm. System sterowania za pomocą przewodowego pilota ręcznego lub nożnego panelu sterującego | Tak /Podać |  |
| 8 | Manualnie regulowany segment głowy +/- 30° | Tak /Podać |  |
| 9 | Szerokość powierzchni roboczej min. 630 mm | Tak /Podać |  |
| 10 | Długość powierzchni roboczej min. 2000 mm | Tak /Podać |  |
| 11 | Nośność stołu min. 150 kg | Tak /Podać |  |
| 12 | Powierzchnia odporna na środki dezynfekcyjne | Tak /Podać |  |
| 13 | Bezszwowa, atestowana tapicerka | Tak /Podać |  |
| 14 | Min. 15 kolorów do wyboru przez zamawiającego | Tak /Podać |  |
| 15 | Stół wyposażony w uchwyt na rolkę jednorazowego prześcieradła/ podkładu za segmentem głowy | Tak /Podać |  |
| 16 | Stół wyposażony w kółka o śr. Min. 75 mm z indywidualną blokadą hamulcami w tym jedno antystatyczne | Tak /Podać |  |
| 17 | Zasilanie AC | 220-230 V | 50-60 Hz | Tak /Podać |  |
| 18 | Na konstrukcji, poniżej blatu stołu specjalistyczne otwory montażowe (po obu stronach odcinka piersiowego) do zamocowania szyn do zamontowania wyposażenia zabiegowego. |  |  |
|  | **III. Informacje dodatkowe - warunki gwarancji i serwisu** |  |  |
| 1 | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 m-ce)  Wyklucza się możliwość oferowania ubezpieczenia lub kontraktu serwisowego. Karta gwarancyjna. *Dostarczyć wraz z dostawą przedmiotu zamówienia* | Tak, podać  Tak |  |
| 2 | Czas podjęcia naprawy przez serwis max 48h od momentu zgłoszenia | Tak, podać |  |
| 3 | Zapewnienie dostępności części zamiennych przez min. 10 lat od daty dostawy i instalacji systemu w siedzibie użytkownika | Tak, podać |  |
| 4 | Instrukcja w języku polskim, w formie wydrukowanej i wersji elektronicznej na płycie CD lub PenDrive. *Dostarczyć wraz z dostawą przedmiotu zamówienia* | Tak |  |
| 5 | Bezpłatne szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi aparatu przeprowadzone w siedzibie Zamawiającego | Tak, podać |  |
| 6 | Liczba napraw uprawniających do wymiany urządzenia na nowe  (3 naprawy tego samego modułu) | Tak, podać |  |
| 7 | Serwis na terenie Polski | Tak, podać |  |
| 8 | Paszport techniczny. *Dostarczyć wraz z dostawą przedmiotu zamówienia* | Tak |  |
| 9 | Aktualne świadectwo legalizacji. *Dostarczyć wraz z dostawą przedmiotu zamówienia* | Tak |  |

**Uwaga:   
1. Parametry techniczne graniczne stanowią wymagania - nie spełnienie choćby jednego z w/w wymogów spowoduje odrzucenie oferty.  
2. Zamawiający zastrzega sobie możliwość zażądania potwierdzenia wiarygodności przedstawionych przez Wykonawcę danych we wszystkich dostępnych źródłach w tym u producenta.**

....................................................................................

data i podpis