**Załącznik nr 2 do SWZ**

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych**

**Fotel ginekologiczny – 1 szt.**

Producent: …………………………………………………………………….……....……………...

Oznaczenie (nazwa, numer katalogowy, model, symbol, typ, itp..): ………………………………………..…..………………………………….….……………………..

Kraj pochodzenia: ……………………………………….…………………………..………………

Rok produkcji: ……………….....................….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr** | **Parametry wymagane** | **Parametr oferowany** |
|  | Siedzisko, sekcja pleców oraz sekcja głowy wyłożone wygodnym materacem w ergonomicznym kształcie. Materace klejone bezszwowo z możliwością wymiany całych paneli.  | TAK |  |
|  | Regulacja wysokości i pochylenia fotela oraz pochylenia sekcji pleców za pomocą siłowników elektrycznych | TAK |  |
|  | Regulacja wysokości podpórek pod stopy lub Goepli za pomocą siłowników elektrycznych | TAK |  |
|  | Podstawa fotela umożliwiająca stabilną pracę o wymiarach 1100 x 600 mm ±50mm | TAK |  |
|  | Szerokość siedziska: min.590 mmSzerokość sekcji pleców: min 680 mm | TAK, podać |  |
|  | Maksymalne bezpieczne obciążenie fotela min. 250kg  | TAK, podać |  |
|  | Powierzchnia materacy łatwa w czyszczeniu, dostępna w szerokiej palecie kolorów (minimum 10 kolorów). | TAK |  |
|  | Możliwość szybkiej zmiany pozycji fotela przy pomocy panelu nożnego lub sterownika ręcznego | TAK |  |
|  | Możliwość zapamiętania minimum 4 pozycji fotela aktywowanych za pomocą panelu nożnego lub sterownika ręcznego | TAK |  |
|  | Łagodny start oraz ergonomiczne ruchy fotela podczas zmiany pozycji | TAK |  |
|  | Regulacja wysokości siedziska w zakresie 550mm-1000mm ±15mm za pomocą pozycji Trendelenburga  | TAK, podać |  |
|  | Najniższa pozycja siedziska maksimum 550mm ±15mm | TAK, podać |  |
|  | Pozycja startowa fotela umożliwia pacjentce łatwe zajęcie miejsca bez potrzeby stosowania schodka | TAK |  |
|  | Możliwość ustawienia elektrycznego ustawienia pozycji Trendelenburga/ Antytrendelenburga  | TAK, podać |  |
|  | Nożny panel sterujący obsługujący wszystkie funkcje fotela | TAK |  |
|  | Zasilanie fotela 230V, 50Hz, maks. 1kW, kabel zasilający minimum 3 m | TAK |  |
|  | Możliwość mocowania rolki z prześcieradłem jednorazowym pod pokrywą sekcji pleców | TAK |  |
|  | Możliwość poprowadzenia podkładu papierowego na całej długości fotela, między segmentem pleców i segmentem głowy oraz między segmentem siedziska i segmentem pleców. | TAK |  |
|  | Możliwość założenia podpór pod nogi pacjentki typu Goepel mocowane po bokach fotela | TAK |  |
|  | Podpory pod stopy pacjentki mocowane po bokach fotela (para) | TAK |  |
|  | Osłony plastikowe na podpory stóp pacjentki | TAK |  |
|  | Osłonki w kolorze tapicerki na mocowanie pod stopy | TAK |  |
|  | Wysuwana spod siedziska sekcja nóg umożliwiająca otrzymanie pozycji horyzontalnej | TAK |  |
|  | Miska ze stali nierdzewnej pod siedziskiem, wysuwana o głębokości minimum 65mm | TAK |  |
|  | Podgłówek dla pacjentki mocowany bez rzepów | TAK |  |
|  | Waga netto fotela bez akcesoriów: do 100 kg | TAK, podać |  |
|  | Fotel wyposażony w koła z centralną blokadą | TAK |  |
|  | Koła niewystające poza podstawę fotela | TAK |  |
|  | Podpórka pod nogę dla lekarza | TAK |  |
|  | Taboret lekarski w kolorze tapicerki fotela | TAK |  |

**Warunki gwarancji i serwisu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Okres pełnej, bez wyłączeń gwarancji dla wszystkich zaoferowanych elementów, liczony od dnia podpisania protokołu odbioru bez uwag min. 24 miesiące | TAK, podać |  |
|  | Gwarancja dostępności części zamiennych – min. 10 lat | TAK, podać |  |
|  | Bezpłatny montaż urządzenia w miejscu użytkowania w siedzibie Zamawiającego  | TAK |  |
|  | Bezpłatne szkolenie dla personelu Zamawiającego w zakresie obsługi i konserwacji urządzenia, w terminie uzgodnionym z Kierownikiem Pracowni; szkolenie powinno zostać potwierdzone certyfikatem | TAK |  |
|  | Co najmniej 1 przegląd urządzenia (o ile producent nie wymaga więcej) w każdym roku obowiązywania gwarancji z wpisem do paszportu technicznego wraz z kosztami wymienianych części zamiennych, pakietów naprawczych i innych elementów zużywalnych (brak odpłatnej wymiany asortymentu podczas przeglądu) | TAK |  |
|  | Bezpłatny serwis gwarancyjny świadczony w miejscu użytkowania urządzenia w siedzibie Zamawiającego; koszty dojazdu do i z miejsca użytkowania urządzenia w okresie gwarancyjnym obciążają Wykonawcę; | TAK |  |
|  | W przypadku awarii – czas reakcji serwisunie dłuższy niż 24 godziny od momentu zgłoszenia uszkodzenia przez pracownika Zamawiającego, przystąpienie do usunięcia usterki w terminie do 24 godzin w dni robocze od momentu zgłoszenia uszkodzenia przez pracownika Zamawiającego | TAK |  |
|  | Czas naprawy do 3 dni roboczych w przypadku awarii niewymagającej użycia części zamiennych, do 5 dni roboczych w przypadku konieczności sprowadzenia części zamiennych  | TAK |  |
|  | Naprawy sprzętu wraz z zapewnieniem części i akcesoriów niezbędnych do usunięcia usterki; w przypadku 3-krotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu lub podzespołu, wymiana tego elementu lub podzespołu na oryginalnie nowy; naprawa i wymiana akcesoriów nie obejmuje przypadków wynikających z winy personelu obsługującego urządzenie | TAK |  |
|  | Nieograniczona możliwość zgłaszania awarii przez pracownika Zamawiającego, drogą telefoniczną lub pocztą elektroniczną przez 24 h/dobę | TAK |  |
|  | Instrukcje obsługi w języku polskim w formie elektronicznej | TAK |  |

**UWAGA!**

Wszystkie parametry techniczne oferowanego sprzętu należy potwierdzić poprzez zaznaczenie w dołączonym do oferty katalogu/ folderze lub innym równoważnym dokumencie. Zamawiający zaleca, aby celem identyfikacji, przy każdym zaznaczeniu Wykonawca podał nr pozycji z Zestawienia. W przypadku, gdyby załączone do oferty katalogi (foldery) nie prezentowały identycznego produktu jak oferowany, należy tę rozbieżność wskazać i oświadczyć, czy i w jaki sposób zaoferowany produkt spełnia wymogi określone w SWZ.