|  |
| --- |
| **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |
| **Dostawa** **stołów operacyjnych wraz z instalacją, uruchomieniem i szkoleniem personelu.****Część 3 Stół operacyjny dla Okulistyki**  |

Uwagi i objaśnienia:

* Parametry określone jako „tak” są parametrami granicznymi. Udzielenie odpowiedzi „nie” lub innej nie stanowiącej jednoznacznego potwierdzenia spełniania warunku będzie skutkowało odrzuceniem oferty.
* Parametry o określonych warunkach liczbowych ( „=>” lub „<=” ) są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
* Wartość podana przy w/w oznaczeniach oznacza wartość wymaganą.
* Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.
* Wykonawca gwarantuje niniejszym, że sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji: 2024), nieużywany, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów. Aparat ani jego część składowa, wyposażenie, nie jest sprzętem rekondycjonowanym, powystawowym i nie był wykorzystywany wcześniej przez innego użytkownika.
* W przypadku punktacji proporcjonalnej ocena jest przeprowadzana w sposób następujący: oferta zawierająca najkorzystniejszą wartość otrzymuje maksymalną liczę punktów, wszystkie pozostałe proporcjonalnie mniej w stosunku do najkorzystniejszej wartości.
* Brak potwierdzenia w materiałach firmowych zakresu większego niż wymagany, pomimo jego wskazania w kolumnie „Parametr oferowany", spowoduje nie przyznanie punktów za ten parametr.
* W kolumnie „Lokalizacja potwierdzenia [str. oferty]” należy wypełnić miejsca wskazane przez Zamawiającego (lokalizacja potwierdzenia spełnienia oferowanego parametru w złożonych materiałach firmowych)

Nazwa i typ: ...............................................................................

Producent / kraj produkcji: .........................................................

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

|  |
| --- |
| **PARAMETYRY TECHNICZNE** |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRU** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMERT OFEROWANY** | **Lokalizacja potwierdzenia [str. oferty]** | **OCENA PKT** |
|  | Stół przeznaczony do zabiegów operacyjnych w zakresie chirurgii okulistycznej | tak |  |  | - - - |
|  | Stół z hydraulicznie składanymi czteroma elementami blatu | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Możliwość zamontowania dodatkowego podgłówka na już zamontowanym | podać  |  |  | tak – 5 pktnie – 0 pkt |
|  | Regulacja wzdłużna, teleskopowa podgłówka z możliwością regulacji jego kąta nachylenia pod kark pacjenta | tak |  |  | - - - |
|  | Długość segmentu nożnego nie mniejsza niż 580mm | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Długość segmentu podudzia nie mniejsza niż 470mm  | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Długość segmentu tułowia nie mniejsza niż 540mm | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Zagłówek z możliwością wzdłużnej regulacji nie mniejszej niż 188 mm. | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Regulacja hydrauliczna ruchu stołu góra / dół w zakresie od 580 do 870mm ±10mm, prędkość regulacji 9,6-12,1mm/s | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Zakres regulacji kąta nachylenia zagłówka od -45º do +25º, prędkość regulacji 4-6⁰/s | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Zakres regulacji kąta nachylenia tułowia od -22º do +80º, prędkość regulacji 1,7-7,6⁰/s | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Zakres regulacji kąta nachylenia podudzia od -9º do +25º, prędkość regulacji 2,1-8,4⁰/s | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Zakres regulacji kąta nachylenia dolnej części nóg od -74º do + 28º, prędkość regulacji 2,7-11,27⁰/s | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Maksymalna długość całkowita stołu nie mniej niż 1983 mm  | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Szerokość stołu co najmniej 767mm | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Waga stołu nie więcej niż 165 kg | tak, podać |  |  | wymagana wartość -0 pkt, najniższa – 5 pkt, inne proporcjonalnie mniej, względem najniższej wagi |
|  | Maksymalne obciążenie stołu min. 240 kg | tak, podać |  |  | wymagana wartość -0 pkt, najwyższa – 5 pkt, inne proporcjonalnie mniej, względem największego obciążenia |
|  | Maksymalne obciążenie zagłówka nie mniej niż 30kg | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Maksymalne obciążenie dolnej części nóg nie mniej niż 60kg | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Zakres poprawnej pracy urządzenia w temperaturach +10ºC - +40ºC | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Możliwość regulacji pilotem ustawień stołu z możliwością zapamiętania 8 pozycji stołu  | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Możliwość wyposażenia stołu w sterownik nożny umożliwiający sterowanie segmentami stołu wraz z możliwością przywołania 1 z 8 zapisanych pozycji stołu. | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Możliwość montażu wielu elementów dodatkowych do części ruchomych stołu | tak |  |  | - - - |
|  | Główny wyłącznik prądu | tak |  |  | - - - |
|  | Pokrycie stołu umożliwiające dezynfekcje – możliwość zdjęcia każdego materaca na czas dezynfekcji  | tak |  |  |  - - - |
|  | Możliwość jednoczesnego zainstalowania przewodowego sterownika nożnego i ręcznego | tak |  |  | - - - |
|  | Konstrukcja stołu wykonana ze stali nierdzewnej bez pokryw lakierniczych | tak |  |  | - - - |
|  | Konstrukcja blatu stołu wykonana z płyty klejonej | tak |  |  | - - - |
|  | Stół na podstawie jezdnej z manualną/nożną blokadą kół | tak |  |  | - - - |
|  | Stół wyposażony w podstawę jezdną z 4 skrętnymi, antystatycznymi kołami o średnicy 120mm wyposażonymi w 4 dźwignie blokujące | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Stół wyposażony w metalowe rączki rozmieszczone symetrycznie względem osi stołu na segmencie nożnym oraz dodatkowe, chowane rączki umieszczone symetrycznie względem osi stołu pod segmentem tułowia | tak |  |  | - - - |
|  | Bezszwowe obicie stołu operacyjnego wykonane z materiału antystatycznego o grubości minimum 55mm. Wszystkie elementy obicia indywidualnie demontowane. Materac części tułowia wypełniony tworzywem wisko-elastycznym. | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Stół wyposażony w elastyczny pałąk anestezjologiczny z możliwością podłączenia tlenu – 1szt. | tak |  |  | - - - |
|  | Możliwość wyposażenia stołu w dodatkowy regulowany podłokietnik anestezjologiczny z pasem silikonowym umożliwiającym przypięcie ramienia pacjenta | tak |  |  | - - - |
|  | Możliwość wyposażenia stołu w manualny stojak kroplówki montowany do podstawy stołu | tak |  |  | - - - |
|  | Stół wyposażony w dodatkowe przedłużenie tułowia – 1szt. | tak |  |  | - - - |
|  | Stół wyposażony w dwa dodatkowe półwałki pod kolana o wymiarach 400 x 140 x 70mm – 1szt. oraz 555 x 210 x 120mm – 1szt. | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Stół wyposażony w dodatkowy półokrągły materac o wymiarach 400 x 210 x 60 mm – 1szt. | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Stół wyposażony w dodatkowe regulowane zabezpieczenie boczne pacjenta – 1szt. | tak |  |  | - - - |
|  | Stół wyposażony w szynę pozwalającą na montaż dodatkowych akcesoriów do segmentu głowy – 1szt. | tak |  |  | - - - |
|  | Stół wyposażony w stały magnetyczny uchwyt na sterownik ręczny – 1szt. | tak |  |  | - - - |
|  | Stół wyposażony dodatkowe mocowanie na sterownik ręczny, typ krótki – 1szt. | tak |  |  | - - - |
|  | Stół wyposażony w przewodowy sterownik ręczny - 1szt. | tak |  |  | - - - |
|  | W segmencie tułowia stół wyposażony w zintegrowane symetryczne podłokietniki | tak |  |  | - - - |
|  | Diody informujące o stanie baterii, konieczności ładowania oraz procesie ładowania. | tak |  |  | - - - |
|  | Bateria zamontowana na stałe | tak |  |  | - - - |
|  | Czas pracy przy pełni naładowanej baterii co najmniej 6 dni | tak, podać |  |  | wymagany czas pracy – 0 pkt, najdłuższy czas pracy 5 pkt, inne proporcjonalnie mniej względem najdłuższego |
|  | Kolor tapicerki: do wyboru | tak |  |  | - - - |

|  |
| --- |
| **WARUNKI GWARANCJI I SERWISU** |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRU** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMERT OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | **GWARANCJE** |  |  |  |
|  | Okres pełnej, bez wyłączeń gwarancji dla wszystkich zaoferowanych elementów - min. 24 m-ce.UWAGA – należy podać pełną liczbę miesięcy. Wartości ułamkowe będą przy ocenie zaokrąglane w dół – do pełnych miesięcy. Zamawiający zastrzega, że okres rękojmi musi być równy okresowi gwarancji. Zamawiający zastrzega, że górną granicą punktacji gwarancji będzie 5 lat. | tak, podać |  | najdłuższy okres – 5 pkt, wymagane – 0 pkt, inne proporcjonalnie mniej, względem najdłuższego okresu |
|  | Gwarancja dostępności części zamiennych [liczba lat] – min. 8 lat  | podać |  | tak – 3 pktnie – 0 pkt |
|  | **WARUNKI SERWISU** |  |  |  |
|  | Przyjazd serwisu po zgłoszeniu awarii w okresie gwarancji do 2 dni (dotyczy dni roboczych rozumianych jako dni od poniedziałku do piątku, z wyjątkiem świąt i dni ustawowo wolnych od pracy, w godzinach od 8.00 do 15.00 ) | tak, podać |  | 1 dzień – 5 pkt2 dni – 0 pkt, |
|  | Czas na naprawę usterki – do 5 dni, a w przypadku potrzeby sprowadzenia części zamiennych do - 10 dni (dotyczy dni roboczych) | tak |  | - - - |
|  | W ramach ceny: przeglądy w okresie gwarancji (zgodnie z wymogami producenta)  | tak, podać ilość wszystkich przeglądów w okresie gwarancji lub brak wymogu producenta wykonywania przeglądów (obowiązek dokonania wpisu w paszporcie) |  | - - - |
|  | Ilość przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy aparatów (w okresie 1 roku) | podać |  | jeden w roku, lub brak wymogu producenta wykonywania przeglądów (obowiązek dokonania wpisu w paszporcie) – 5 pkt, więcej niż 1– 0 pkt |
|  | Dokumentacja serwisowa i/lub oprogramowanie serwisowe na potrzeby Zamawiającego (dokumentacja zapewni co najmniej pełną diagnostykę urządzenia, wykonywanie drobnych napraw, regulacji, kalibracji, etc.) | tak |  | - - - |
|  | Stół jest, lub będzie pozbawiony, po zakończeniu gwarancji, wszelkich blokad, kodów serwisowych, itp. które po upływie gwarancji utrudniałyby właścicielowi dostęp do opcji serwisowych lub naprawę stołu przez inny niż Wykonawca podmiot w przypadku nie korzystania przez Zamawiającego z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy | tak |  | - - - |
|  | **SZKOLENIA** |  |  |  |
|  | Szkolenie dla personelu medycznego i technicznego Dodatkowe szkolenie dla personelu medycznego w przypadku wyrażenia takiej potrzeby przez personel medyczny i techniczny | tak, podać |  | - - - |
|  | **DOKUMENTACJA** |  |  |  |
|  | Instrukcje obsługi w języku polskim i angielskim w formie elektronicznej i drukowanej (przekazane w momencie dostawy dla każdego egzemplarza. | tak |  | - - - |
|  | Ze stołem wykonawca dostarczy paszport techniczny zawierający co najmniej takie dane jak: nazwa, typ (model), producent, rok produkcji, numer seryjny (fabryczny),  | tak |  | - - - |