**Zadanie nr 1: Stół operacyjny ogólnochirurgiczny – 2 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa: |  |
| Model, typ, nr katalogowy: |  |
| Producent/kraj pochodzenia: |  |
| Rok produkcji nie wcześniejszy niż 2018 r. |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Opis parametrów technicznych | Parametr wymagany | Ocena punktowa | Parametr oferowany |
|  | Urządzenie z deklaracją ISO 9001:2008 i ISO 13485:2012 | Tak | bez punktacji |  |
|  | Ogólnochirurgiczny stół mobilny z napędem elektro-hydraulicznym lub elektromechanicznym z możliwością rozszerzenia go do zabiegów ortopedycznych | Tak | bez punktacji |  |
|  | Stół operacyjny z blatem 5 segmentowym – podnóżki dwuczęściowe | Tak | bez punktacji |  |
|  | Zasilanie akumulatorowe | Tak | bez punktacji |  |
|  | Zasilacz stołu zintegrowany ze stołem. Stół musi być podłączony do szpitalnej instalacji 230 (nie dopuszcza się ładowarek/zasilaczy zewnętrznych) | Tak | bez punktacji |  |
|  | Blat stołu wyposażony w materace o właściwościach przeciwodleżynowych, zdejmowanych o grubości co najmniej 75 mm. Odporne na środki dezynfekcyjne, antystatyczne.  Blat przezierny dla promieniowania Rtg (aparatury rentgenowskiej – Ramię C) w pozycji AP na całej długości stołu, bez metalowych szyn poprzecznych | Tak | bez punktacji |  |
|  | Blat stołu modułowy z możliwością mocowania poszczególnych segmentów (w tym z włókien węglowych) z obu stron stołu operacyjnego przy jednoczesnej możliwości wyboru orientacji głowy chorego - normalny i odwrócony | Tak | bez punktacji |  |
|  | Poszczególne segmenty blatu mocowane jedno-zatrzaskowo | Tak, podać | bez punktacji |  |
|  | Podstawa stołu ze stali nierdzewnej lub żeliwna. Szyny instrumentalne stalowe | Tak | bez punktacji |  |
|  | Centralna blokada podstawy stołu - podstawa na czas zabiegu stabilnie posadowiona na posadzce. Stół w pozycji „zablokowany” nie opiera się na kołach | Tak | bez punktacji |  |
|  | Funkcja blokady sterowana pilotem | Tak/Nie | Tak – 15 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Możliwość zapisania minimum 6 pozycji stołu | Tak, podać | od 6 do 9 poz. - 0 pkt.  > 10 pozycji - 15 pkt. |  |
|  | Możliwość operowania pilotem stołu w zaciemnionym pomieszczeniu. Pilot z podświetlanymi przyciskami i ekran ciekłokryształowy | Tak | bez punktacji |  |
|  | Dodatkowy panel sterujący umieszczony na powierzchni kolumny stołu operacyjnego aktywny non stop. System nie włącza się automatycznie bez ingerencji obsługi. W celu podniesienia bezpieczeństwa obsługa panelu z funkcją świadomego wyboru (wyklucza to przypadkową aktywację funkcji stołu)  Dopuszcza się możliwość wyłączenia stołu po minimum 8 godzinach bezczynności w celu oszczędności akumulatorów | Tak | bez punktacji |  |
|  | Interfejs do aktualizowania oprogramowania stołu i diagnozowania awarii | Tak | bez punktacji |  |
|  | Pilot przewodowy i bezprzewodowy z sygnalizacją stanu naładowania akumulatorów stołu lub informacją o niskim poziomie naładowania | Tak | bez punktacji |  |
|  | Udźwig stołu w pozycji centralnej – min. 450 kg | Tak, podać | bez punktacji |  |
|  | w pozycji odwrotnej (przy maksymalnie wysuniętym blacie) – min. 250 kg | Tak, podać | bez punktacji |  |
|  | Szerokość blatu stołu bez szyn od 520 do 540 mm | Tak, podać | bez punktacji |  |
|  | Szerokość blatu stołu z szynami od 580 do 600 mm | Tak, podać | bez punktacji |  |
|  | Całkowity czas ładowania akumulatorów stołu do pełna nie większy niż 10 godzin | Tak, podać | bez punktacji |  |
|  | Zakres regulacji wysokości blatu stołu do powierzchni górnej bez materaca nie wyżej niż 600 mm (opuszczony) do min. 950 mm (podniesiony) | Tak, podać | od 500 mm -  25 pkt. |  |
|  | Przesuw wzdłużny blatu minimum 300 mm – realizowany z pilota | Tak, podać | min. 400 mm -  15 pkt. |  |
|  | Funkcje obsługiwane za pomocą pilota:   * blokowanie/odblokowywanie kół, * uniesienie/opuszczenie blatu stołu, * pozycja Trendelenburga/antyTrendelenburga nie mniejsze niż 25/25 stopni, * przechyły boczne stołu w lewo/prawo min. 20 stopni, * uniesienie/opuszczenie płyt nóg * pozycja Flex co najmniej 220 stopni/Reflex nie większa niż 140 stopni, * pozycja standardowa „0”, * pozycja płyty plecowej dolnej minimum -40 (do dołu) do +90 (+/-20 do góry). | Tak | bez punktacji |  |
|  | Podgłówek regulowany jednoręcznie w zakresie min. +45/-30 stopni | Tak, podać | +45/-60  15 pkt. |  |
|  | Podnóżek dwuczęściowy regulowany w zakresie -80 stopni do dołu i co najmniej +20 stopni do góry. Rozsuwany na boki co najmniej w zakresie 55 stopni każdy w płaszczyźnie poziomej | Tak, podać | -90/+90  15 pkt. |  |
|  | Wyposażenie:   * pilot przewodowy i bezprzewodowy oraz panel na kolumnie stołu, * standardowe szyny instrumentalne – po obu stronach segmentu blatu, * podpora anestezjologiczna do ręki długa ( co najmniej 60 cm), z ruchomością na przegubie kulkowym wyposażona w pasy mocujące rękę – 2 szt., * pas do mocowania pacjenta 2 szt., * pas do mocowania kończyn dolnych pacjenta 2 szt., * zaciski uniwersalne 3 szt., * ramka ekranu anestezjologicznego, * podpora nóg typu Goepel z zaciskami do szyny i pasami mocującymi – 2 szt., * prosta osłona ręki z boku wsuwana pod materac wykonana z plexi – 2 szt. |  |  |  |
|  | Warunki serwisu gwarancji |  |  |  |
|  | Gwarancja producenta (min. 24 m-ce, max. 60 m-cy) | Podać oferowany okres gwarancji | bez punktacji |  |
|  | Bezpłatna dostawa sprzętu zastępczego o takich samych parametrach na czas trwania naprawy trwającej powyżej 5 dni roboczych | Tak | bez punktacji |  |
|  | Dostępność części zamiennych min. 10 lat od daty sprzedaży urządzenia | Tak | bez punktacji |  |
|  | Nieodpłatne okresowe przeglądy gwarancyjne z wymianą elementów eksploatacyjnych, w odstępach czasowych wymaganych przez producenta urządzenia, ale nie rzadziej niż jeden raz na 12 miesięcy gwarancji | Tak | bez punktacji |  |
|  | Czas usunięcia usterki 5 dni roboczych licząc od czasu zgłoszenia awarii na piśmie lub faksem, a w przypadku konieczności sprowadzenia części z poza granic Polski – w terminie do 14 dni | Tak | bez punktacji |  |
|  | Nieodpłatny dojazd do siedziby Zamawiającego w zakresie gwarancyjnej obsługi serwisowej i obsługi eksploatacyjnej | Tak | bez punktacji |  |
|  | Gwarantowany czas reakcji serwisu rozumiany jako czas podjęcia naprawy od chwili zgłoszenia (godz.) ≤48 godz. w dni robocze | Tak, podać | bez punktacji |  |
|  | Autoryzacja serwisu Wykonawcy przez producenta urządzenia (załączyć potwierdzenie producenta) | Tak | bez punktacji |  |
|  | Nazwa serwisu, adres, nr telefonu i faxu | Podać | bez punktacji |  |
|  | Minimalna liczba napraw w czasie gwarancji powodująca wymianę podzespołu na nowy (max 3) | Podać | bez punktacji |  |
|  | Nieodpłatne szkolenie wybranego personelu Zamawiającego w zakresie użytkowania oferowanego sprzętu | Tak | bez punktacji |  |
|  | Proponowane formy serwisu pogwarancyjnego | Podać | bez punktacji |  |

**UWAGA:**

Wszystkie parametry liczbowe lub zaznaczone słowem "Tak", podane w rubryce Warunek stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczam, że oferowany powyżej wyspecjalizowany sprzęt medyczny jest fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

Oświadczam, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych gwarantują bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewniają wymagany poziom usług medycznych.

**OFERTA CENOWA:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| nazwa | j.m. | ilość | cena jedn. netto | wartość netto | VAT (%) | wartość VAT | wartość brutto |
| Stół operacyjny ogólnochirurgiczny | szt. | 2 |  |  |  |  |  |
|  |  |  | razem |  |  |  |  |

Wartość brutto słownie: ………………………………………………………………………………………………………………

......................., dn. \_ \_ . \_ \_ . 2018 r. ...................................................................

Podpis osób uprawnionych do składania

oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

oraz pieczątka/pieczątki

**Zadanie nr 2: Stół zabiegowy do współpracy z aparatem RTG ramię C – 1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa: |  |
| Model, typ, nr katalogowy: |  |
| Producent/kraj pochodzenia: |  |
| Rok produkcji nie wcześniejszy niż 2018 r. |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Opis parametrów technicznych | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
|  | Stół zabiegowy elektro-mechaniczny do współpracy z aparatem RTG ramię C | Tak |  |
|  | Powierzchnia jednosegmentowa | Tak |  |
|  | Stół osadzony na dwóch elektromechanicznie regulowanych kolumnach | Tak |  |
|  | Szerokość powierzchni roboczej stołu min. 750 mm | Tak, podać |  |
|  | Powierzchnia do współpracy z aparatem RTG ramię C ok. 690 x 1800 mm | Tak, podać |  |
|  | Długość powierzchni roboczej stołu min. 2100 mm | Tak, podać |  |
|  | Elektromechaniczna regulacja wysokości kolumn za pomocą pilota przewodowego w zakresie min. 560 – 960 mm | Tak, podać |  |
|  | Elektromechaniczna regulacja pozycji Trendelenburga za pomocą pilota przewodowego w zakresie min. 0/+12o | Tak, podać |  |
|  | Elektromechaniczna regulacja antyTrendelenburga za pomocą pilota przewodowego w zakresie min. 0/-12o | Tak, podać |  |
|  | Przejezdna podstawa, koła o średnicy min. 150 mm z hamulcem | Tak, podać |  |
|  | Tworzywowe osłony elementów kolumn | Tak |  |
|  | Nośność stołu min. 200 kg | Tak, podać |  |
|  | Wyposażenie:   * odejmowalny materac o grubości min. 50 mm – 2 szt., * pasy mocujące pacjenta – 2 szt., * podpórka infuzyjna ręki - 1 szt., * para listew do akcesoriów na odcinku piersiowym, * para listew do akcesoriów na odcinku brzusznym. | Tak |  |
|  | Warunki serwisu gwarancji |  |  |
|  | Gwarancja producenta (min. 24 m-ce, max. 60 m-cy) | Podać oferowany okres gwarancji |  |
|  | Bezpłatna dostawa sprzętu zastępczego o takich samych parametrach na czas trwania naprawy trwającej powyżej 5 dni roboczych | Tak |  |
|  | Dostępność części zamiennych min. 10 lat od daty sprzedaży urządzenia | Tak |  |
|  | Nieodpłatne okresowe przeglądy gwarancyjne z wymianą elementów eksploatacyjnych, w odstępach czasowych wymaganych przez producenta urządzenia, ale nie rzadziej niż jeden raz na 12 miesięcy gwarancji | Tak |  |
|  | Czas usunięcia usterki 5 dni roboczych licząc od czasu zgłoszenia awarii na piśmie lub faksem, a w przypadku konieczności sprowadzenia części z poza granic Polski – w terminie do 14 dni | Tak |  |
|  | Nieodpłatny dojazd do siedziby Zamawiającego w zakresie gwarancyjnej obsługi serwisowej i obsługi eksploatacyjnej | Tak |  |
|  | Gwarantowany czas reakcji serwisu rozumiany jako czas podjęcia naprawy od chwili zgłoszenia (godz.) ≤48 godz. w dni robocze | Tak, podać |  |
|  | Autoryzacja serwisu Wykonawcy przez producenta urządzenia (załączyć potwierdzenie producenta) | Tak |  |
|  | Nazwa serwisu, adres, nr telefonu i faxu | Podać |  |
|  | Minimalna liczba napraw w czasie gwarancji powodująca wymianę podzespołu na nowy (max 3) | Podać |  |
|  | Nieodpłatne szkolenie wybranego personelu Zamawiającego w zakresie użytkowania oferowanego sprzętu | Tak |  |
|  | Proponowane formy serwisu pogwarancyjnego | Podać |  |

**UWAGA:**

Wszystkie parametry liczbowe lub zaznaczone słowem "Tak", podane w rubryce Warunek stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczam, że oferowany powyżej wyspecjalizowany sprzęt medyczny jest fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

Oświadczam, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych gwarantują bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewniają wymagany poziom usług medycznych.

**OFERTA CENOWA:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| nazwa | j.m. | ilość | cena jedn. netto | wartość netto | VAT (%) | wartość VAT | wartość brutto |
| Stół zabiegowy do współpracy z aparatem RTG ramię C | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
|  |  |  | razem |  |  |  |  |

Wartość brutto słownie: ………………………………………………………………………………………………………………

......................., dn. \_ \_ . \_ \_ . 2018 r. ...................................................................

Podpis osób uprawnionych do składania

oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

oraz pieczątka/pieczątki