**EZ/ZP/197/2020/ESŁ**

Załącznik nr 2.1 do Zaproszenia

(Załącznik nr 1 do umowy)

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**(Wymagane parametry techniczno-funkcjonalne)**

**PAKIET NR 1**

1. **Wózek do przewozu zwłok – 3 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonawca/Producent** |  |
| **Nazwa-model/typ** |  |
| **Kraj pochodzenia** |  |
| **Rok produkcji min. 2020 r.** |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| **Wózek do przewozu zwłok** |
| 1. | Wykonany w całości ze stali nierdzewnej | TAK |  |
| 2. | Wymiary: długość całkowita 2015mm +/- 20mmszerokość całkowita 750mm +/- 20mm | TAK. podać |  |
| 3. | Przednie koła o średnicy min. 300mm obrotoweTylne koła o średnicy min. 400mm stałe | TAK, podać |  |
| 4. | Instrukcja obsługi w języku polskim (załączyćprzy dostawie) | TAK |  |
| 5. | Karta gwarancyjna (załączyć przy dostawie) | TAK |  |
| 6. | Gwarancja: min 24 miesiące licząc od terminu określonego w §7 pkt 1 wzoru umowy | TAK |  |

1. **Fotel zabiegowy – 2 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonawca/Producent** |  |
| **Nazwa-model/typ** |  |
| **Kraj pochodzenia** |  |
| **Rok produkcji min. 2020 r.** |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| **Fotel zabiegowy** |
| 1. | Stanowisko do pobrań o konstrukcji metalowej, lakierowanej proszkowo | TAK |  |
| 2. | Siedzisko i oparcie tapicerowane zmywalnym materiałem | TAK  |  |
| 3. | W zestawie podłokietnik z regulacją obrotu i wysokości oraz stała półeczka  | TAK |  |
| 4. | Stanowisko dwustronne dzięki możliwości obrotu podłokietnika o kąt 180°, oraz zmiany położenia zintegrowanego z siedziskiem oparcia o kąt 90° | TAK |  |
| 5. | Całkowita szerokość max 89cm | TAK |  |
| 6. | Całkowita długość max 81cm | TAK, podać |  |
| 7. | Całkowita wysokość max 83 cm | TAK, podać |  |
| 8. | Masa max stanowiska 17 kg | TAK, podać |  |
| 9. | Dopuszczalne obciążenie min. 120kg | TAK, podać |  |
| 10. | Szerokość siedziska i oparcia min. 37cm | TAK, podać |  |
| 11. | Instrukcja obsługi w języku polskim (załączyćprzy dostawie) | TAK |  |
| 12. | Karta gwarancyjna (załączyć przy dostawie) | TAK |  |
| 13. | Gwarancja: min 24 miesiące licząc od terminu określonego w §7 pkt 1 wzoru umowy | TAK |  |

1. **Rolki do przekładania chorych – 10 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonawca/Producent** |  |
| **Nazwa-model/typ** |  |
| **Kraj pochodzenia** |  |
| **Rok produkcji min. 2020 r.** |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| **Rolki do przekładania chorych** |
| 1 | System transferu pacjenta w formie tzw. łatwoślizgu umożliwiający przełożenie chorego bez konieczności podnoszenia  | TAK |  |
| 2 | Wymiary: 1770x550 (po rozłożeniu) +/-10mm880x550 (po złożeniu) +/- 10mm | TAK, podać |  |
| 3 | Waga max 2,5 kg | TAK, podać |  |
| 4 | Materiał: nylon | TAK |  |
| 5 | Aluminiowy uchwyt  | TAK |  |
| 6 | Bezpieczne obciążenie robocze min 200kg | TAK, podać |  |
| 7 | Instrukcja obsługi w języku polskim (załączyćprzy dostawie) | TAK |  |
| 8 | Karta gwarancyjna (załączyć przy dostawie) | TAK |  |
| 9 | Gwarancja: min 24 miesiące licząc od terminu określonego w §7 pkt 1 wzoru umowy | TAK |  |

1. **Lampa zabiegowa – 2 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonawca/Producent** |  |
| **Nazwa-model/typ** |  |
| **Kraj pochodzenia** |  |
| **Rok produkcji min. 2020 r.** |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| **Lampa zabiegowa** |
| 1 | Lampa zabiegowa wyposażona w oprawę oświetleniową w technologii LED w wersji statywowej przejezdnej. | Tak |  |
| 2 | Podstawa lampy wyposażona w 4 koła w tym co najmniej dwa z hamulcem. | Tak |  |
| 3 | Oprawa lampy od strony reflektora wyposażona w szyby ochronne z tworzywa, odpornego na działanie środków dezynfekcyjnych. | Tak |  |
| 4 | Oprawa lampy w kształcie koła o zwartej konstrukcji bez elementów takich jak uchwyty brudne, czy relingi, utrudniających utrzymanie lampy w czystości. | Tak |  |
| 5 | Oprawa lampy wykorzystująca technologię tylkoi wyłącznie białych diod LED, świecących w konstrukcji jednoogniskowej. | Tak |  |
| 6 | Oprawa o średnica zewnętrznej 26 cm +/- 10%. | Tak, podać |  |
| 7 | Oprawa o grubości nie większej niż 80 mm | Tak, podać |  |
| 8 | Oprawa z matrycą diodową złożoną z 20 punktów LED +/- 10%. | Tak, podać |  |
| 9 | Oprawa o natężeniu oświetlenia minimum 70 000 Lux / 1 m. | Tak, podać |  |
| 10 | Oprawa ze średnicą pola operacyjnego d10 równą 14 cm +/- 10%.  | Tak, podać |  |
| 11 | Oprawa wyposażona w uchwyt sterylny umieszczony z boku czaszy, z możliwością sterylizacji wymiennych nakładek. Uchwyt sterylny umożliwiający włączenie lampy i regulację natężenia oświetlenia. | Tak |  |
| 12 | Oprawa o współczynniku odwzorowania barw Ra minimum 95. | Tak, podać |  |
| 13 | Oprawa o współczynniku odwzorowania koloru czerwonego R9 minimum 94. | Tak, podać |  |
| 14 | Oprawa o wgłębności oświetlenia L1 / L2 minimum 1700 mm przy 20% oświetlenia. | Tak, podać |  |
| 15 | Oprawa o mocy maksymalnej 24 W. | Tak, podać |  |
| 16 | Oprawa o temperaturze barwowej 4300 K +/- 100 K. | Tak, podać |  |
| 17 | Oprawa z maksymalnym przyrostem temperatury w obszarze głowy chirurga nie większym niż 1 °C. | Tak, podać |  |
| 18 | Oprawa z możliwością regulacji natężenia światła w zakresie co najmniej od 10 do 100% uchwytem sterylnym. | Tak, podać |  |
| 19 | Oprawa o żywotności diod LED min. 45 000 godzin. | Tak, podać |  |
| 20 | Lampa wyposażona w układ zasilania awaryjnego w przypadku awarii zasilania głównego. | Tak |  |
| 21 | Układ zasilania przełączający zasilanie podczas awarii w sposób automatyczny. | Tak |  |
| 22 | Układ zasilania awaryjnego lampy umożliwiający jej autonomiczną pracę w czasie minimum 2 godzin. | Tak |  |
| 23 | Zapasowe uchwyty do pozycjonowania opraw wielorazowego użytku, z możliwością sterylizowania ich w autoklawie – minimum2 szt. | Tak, podać |  |
| 24 | Oryginalne materiały techniczne producenta, potwierdzające parametry wpisane w tabeli, dołączone do oferty. | Tak, załączyć |  |
| 25 | Montaż, uruchomienie i szkolenie obsługi w cenie urządzenia. | Tak |  |
| 26 | Instrukcja obsługi w języku polskim (załączyćprzy dostawie) | Tak |  |
| 27 | Karta gwarancyjna (załączyć przy dostawie) | Tak |  |
| 28 | Gwarancja: min 24 miesiące licząc od terminu określonego w §7 pkt 1 wzoru umowy | Tak |  |

1. **Statyw do wlewań i kroplówek – 150 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonawca/Producent** |  |
| **Nazwa-model/typ** |  |
| **Kraj pochodzenia** |  |
| **Rok produkcji min. 2020 r.** |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| **Statyw do wlewań i kroplówek** |
| 1. | Regulacja wysokości | TAK |  |
| 2. | 2 lub 4 haczyki | TAK |  |
| 3. | Wysokość: min. 1100mm – max. 2000mm | TAK, podać |  |
| 4. | Średnica podstawy: 680mm +/-20mm | TAK, podać |  |
| 5. | Instrukcja obsługi w języku polskim (załączyćprzy dostawie) | Tak |  |
| 6. | Karta gwarancyjna (załączyć przy dostawie) | Tak |  |
| 7. | Gwarancja: min 24 miesiące licząc od terminu określonego w §7 pkt 1 wzoru umowy | Tak |  |

1. **Wiadro (10l – 15l) – 45 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonawca/Producent** |  |
| **Nazwa-model/typ** |  |
| **Kraj pochodzenia** |  |
| **Rok produkcji min. 2020 r.** |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| **Wiadro (10l – 15l)** |
| 1 | Pojemnik z polipropylenu, nieprzemakalny, odporny na przekłucia, wstrząsy i uderzenia, niejałowy | Tak |  |
| 2 | Okrągły lub prostokątny, z uchwytem do przenoszenia | Tak, podać |  |
| 3 | Pokrywa z otworem wrzutowym | Tak |  |
| 4 | Pojemność: 10l – 15l | Tak, podać |  |
| 5 | Przeznaczone do użytku w placówkach służby zdrowia | Tak |  |
| 6 | Instrukcja obsługi w języku polskim (załączyćprzy dostawie) | Tak |  |
| 7 | Karta gwarancyjna (załączyć przy dostawie) | Tak |  |
| 8 | Gwarancja: min 24 miesiące licząc od terminu określonego w §7 pkt 1 wzoru umowy | Tak |  |

Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju prowadzi ………………..………………….......

*(uzupełnić)*

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – nie spełnienie nawet jednego z w/w parametrów spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane, urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.

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

Wykonawca