**Załącznik nr 2.7 do SWZ**

*Załącznik nr ....... do umowy*

**EZ/128/2025/MW**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**(wymagane minimalne parametry techniczno-funkcjonalne)**

**PAKIET NR 7Stół zabiegowy+ Stół do gipsowania**

***Zadanie nr 1 Stół zabiegowy– 1 szt.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Wykonawca/Producent | Podać |   |
| 2. | Nazwa-model/typ | Podać |   |
| 4. | Rok produkcji | 2025, fabrycznie nowy |  |
| 5. | Gwarancja min. 24 miesięcy | TAK, podać | *Dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt.35 SWZ.* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry ogólne** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | Stół zabiegowy z elektryczną regulacją wysokości  | Tak, podać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne: dł. 2050 x szer. 840mm(+/- 20 mm) | Tak, podać |  |
|  | Zakres regulacja wysokości leża:470-870 mm (+/- 20 mm) – elektryczna regulacja za pomocą przewodowego pilota wyposażonego w fabryczny uchwyt do zawieszania na ramie stołu | Tak, podać |  |
|  | 2-sekcyjne leże wózka winno być umieszczone na dwóch kolumnach zapewniających właściwą stabilność  | Tak |  |
|  | Leże o wymiarach min. dł. 2000 x szer. 650 mm (+/- 20 mm) | Tak, podać |  |
|  | Konstrukcja stalowa pokryta żywicą epoksydową zapewnia odpowiednią ochronę oraz odporność na środki dezynfekcyjne i uszkodzenia mechaniczne  | Tak |  |
|  | Podstawa mobilna wyposażona w 4 podwójne koła o średnicy min. 125 mm, koła z centralną blokadą | Tak, podać |  |
|  | Podstawa stołu wyposażona w osłonę tworzywową ułatwiającą utrzymanie właściwego poziomu higieny | Tak |  |
|  | Segment pleców regulowany ręcznie za pomocą 2 sprężyn gazowych w zakresie min 0-80° | Tak, podać |  |
|  | Leże stołu zabiegowego tapicerowane wykonane z pianki o wysokiej gęstości 35kg/m3 Grubość min. 65 mm | Tak, podać |  |
|  | Tapicerka dżersejowa z powłoką PVC, powłoką antybakteryjną i przeciwpożarową (M1) | Tak |  |
|  | Kolor tapicerki do wyboru przez Zamawiającego po wyborze ofert, min. 8 dostępnych kolorów do wyboru | Tak, podać |  |
|  | Tapicerka odporna na ścieranie wg skali Martindale'a min 100 000 cykli | Tak, podać |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie robocze pozwalające na bezpieczną pracę min. 250 kg | Tak, podać |  |
|  | Waga stołu maksymalnie 85kg | Tak, podać |  |
|  | Elektryczna regulacja przechyłów Trendelenburg / anty-Trendelenburg +/- 15° | Tak |  |
|  | **Wyposażenie dodatkowe** | x |  |
|  | Stół wyposażony w uchwyt na ręcznik papierowy zlokalizowany pod zagłówkiem | Tak |  |
|  | Stół wyposażony w barierki boczne (po obu stronach). Barierki boczne wykonane z anodyzowanego aluminium. Składanie barierki za pomocą przycisku (guzika) zwalniającego blokadę. Przycisk zwalniający winien znajdować się od strony nóg pacjenta, aby pacjent samowolnie nie mógł zwolnić blokady. | Tak |  |
|  | Stół zabiegowy wyposażony w podpórki ręki znajdujące się po dwóch stronach leża, możliwość regulacji wysokości podpórek, możliwość regulacji kąta nachylenia | Tak |  |
|  | **Pozostałe** |  |  |
|  | Karta Gwarancyjna | TAK, dostarczyć przy dostawie |  |
|  | Instrukcja obsługi | TAK, dostarczyć przy dostawie |  |

Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny 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.

***Zadanie nr 2*** ***Stół do gipsowania – 1 szt.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Wykonawca/Producent | Podać |   |
| 2. | Nazwa-model/typ | Podać |   |
| 4. | Rok produkcji | 2025, fabrycznie nowy |  |
| 5. | Gwarancja min. 24 miesięcy | TAK, podać | *Dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt.35 SWZ.* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry ogólne** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Stół zabiegowy z elektryczną regulacją wysokości  | Tak, podać |  |
| 2 | Wymiary zewnętrzne: dł. 2050 x szer. 840mm(+/- 20 mm) | Tak, podać |  |
| 3 | Zakres regulacja wysokości leża:470-870 mm (+/- 20 mm) – elektryczna regulacja za pomocą przewodowego pilota wyposażonego w fabryczny uchwyt do zawieszania na ramie stołu | Tak, podać |  |
| 4 | 2-sekcyjne leże wózka winno być umieszczone na dwóch kolumnach zapewniających właściwą stabilność  | Tak |  |
| 5 | Leże o wymiarach min. dł. 2000 x szer. 650 mm (+/- 20 mm) | Tak, podać |  |
| 6 | Konstrukcja stalowa pokryta żywicą epoksydową zapewnia odpowiednią ochronę oraz odporność na środki dezynfekcyjne i uszkodzenia mechaniczne  | Tak |  |
| 7 | Podstawa mobilna wyposażona w 4 podwójne koła o średnicy min. 125 mm, | Tak, podać |  |
| 8 | Podstawa stołu wyposażona w osłonę tworzywową ułatwiającą utrzymanie właściwego poziomu higieny | Tak |  |
| 9 | Segment pleców regulowany ręcznie za pomocą 2 sprężyn gazowych w zakresie min 0-80° | Tak, podać |  |
| 10 | Leże stołu zabiegowego tapicerowane wykonane z pianki o wysokiej gęstości 35kg/m3 Grubość min. 65 mm | Tak, podać |  |
| 11 | Tapicerka dżersejowa z powłoką PVC, powłoką antybakteryjną i przeciwpożarową (M1) | Tak |  |
| 12 | Kolor tapicerki do wyboru przez Zamawiającego po wyborze ofert, min. 8 dostępnych kolorów do wyboru | Tak, podać |  |
| 13 | Tapicerka odporna na ścieranie wg skali Martindale'a min 100 000 cykli | Tak, podać |  |
| 14 | Dopuszczalne obciążenie robocze pozwalające na bezpieczną pracę min. 250 kg | Tak, podać |  |
| 15 | Waga stołu maksymalnie 85kg | Tak, podać |  |
| 16 | Elektryczna regulacja przechyłów Trendelenburg / anty-Trendelenburg +/- 15° | Tak |  |
|  | **Wyposażenie dodatkowe** | x |  |
| 18 | Stół wyposażony w uchwyt na ręcznik papierowy zlokalizowany pod zagłówkiem | Tak |  |
|  | **Pozostałe** |  |  |
|  | Karta Gwarancyjna | TAK, dostarczyć przy dostawie |  |
|  | Instrukcja obsługi | TAK, dostarczyć przy dostawie |  |

Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny 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.