

Nazwa/firma:

Adres:

Powiat Tarnobrzeski
 ul. 1 Maja 4
 39-400 Tarnobrzeg

Zakup sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Nowej Dębie

FORMULARZ PARAMETRÓW TECHNICZNO – UŻYTKOWYCH

STÓŁ ZABIEGOWY - 1 szt.

(nazwa urządzenia)

dla potrzeb **PORADNI SPECJALISTYCZNYCH – CHIRURGICZNEJ I URAZOWO - ORTOPEDYCZNEJ**

(nazwa komórki organizacyjnej Szpitala)

Nazwa własna oferowanego urządzenia

Model/typ oferowanego urządzenia: Producent/firma:
 (wypełnia Wykonawca) (wypełnia Wykonawca)

L.p.	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - wymagania minimalne	Wartości minimalne wymagane/ graniczne	Wartości oferowane , dane techniczne. W przypadku spełnienia jednocześnie wymagań minimalnych oraz przy parametrach urządzenia wyższych niż minimalne (korzystniejszych dla Zamawiającego) należy podać parametry oferowane (wypełnia Wykonawca)
I.	WYMAGANIA OGÓLNE		
1.	Urządzenie fabrycznie nowe rok produkcji 2023 lub 2024	TAK	
2.	Urządzenie musi być, nieużywane oraz kompletne, nie może być sprzętem rekondycjonowanym i nie było wcześniej użytkowane przez innego użytkownika. Nie dopuszcza się urządzeń powystawowych	TAK	
II.	PARAMETRY TECHNICZNO - UŻYTKOWE		
1.	Stół zabiegowy przeznaczony do przeprowadzania badań i drobnych zabiegów	TAK	
2.	Konstrukcja stołu wykonana z profili stalowych pokrytych lakierem proszkowym w kolorze RAL 7035. Lakier odporny na mycie i dezynfekcję ogólnie dostępnymi na rynku środkami dezynfekcyjnymi	TAK	
3.	Blat stołu 4 segmentowy a w tym: - segment siedziska, z regulacją odchylenia, posiadający wycięcie do badań ginekologicznych - segment ruchomy oparcia pleców - segment stały oparcia pleców - segment ruchomy oparcia głowy	TAK	
4.	Regulacja siedziska realizowana przy pomocy mechanizmu zapadkowego w zakresie min od 0° do 15°	TAK	
5.	Segment oparcia pleców regulowany przy pomocy sprężyny gazowej w zakresie min od 0° do 60°	TAK	

6.	Segment oparcia głowy regulowany przy pomocy mechanizmu zapadkowego w zakresie min od 0° do 30°	TAK	
7.	Segmenty blatu stołu pokryte tapicerką wykonaną z pianki poliuretanowej z pokryciem ze skaju. Wybór kolorystyczny skaju z co najmniej 5 różnych kolorów	TAK	
8.	Regulacja wysokości blatu uzyskiwana przy pomocy pompy hydraulicznej sterowanej pedałem nożnym, dostępnym z obu stron stołu	TAK	
9.	Zakres regulacji wysokości min od 620 do 900 mm	TAK	
10.	Regulacja przechyłów wzdłużnych tj. pozycji Trendelenburga oraz anty-Trendelenburga uzyskiwana za pomocą sprężyn gazowych z blokadą	TAK	
11.	Zakres regulacji Trendelenburga co najmniej od 0° do 20°	TAK	
12.	Zakres regulacji anty- Trendelenburga co najmniej od 0° do 12°	TAK	
13.	Wymiary gabarytowe - długość całkowita blatu 2000 mm (+/- 50mm) - całkowita szerokość blatu min. 650 (+/- 50mm)	TAK	
14.	Dopuszczalne obciążenie min. 180 kg	TAK	
15.	Podstawa osadzona na stopkach z regulacją pozwalającą na niwelację nierówności podłoża	TAK	
16.	Uchwyt do podkładów jednorazowych mocowany do oparcia pleców	TAK	
17.	Wieszak kroplówki	TAK	
18.	Podpórka ręki	TAK	
19.	Podkolanniki	TAK	
20.	Misa ginekologiczna ze stali nierdzewnej	TAK	
21.	Listwy do mocowania wyposażenia dodatkowego	TAK	
III.	INNE		
1.	Dostawa do Zamawiającego wliczona w cenę oferty	TAK	
2.	Montaż i uruchomienie wliczone w cenę oferty	TAK	
3.	Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej lub elektronicznej	TAK	
4.	Paszport techniczny	TAK	
5.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie kompleksowej obsługi oferowanego urządzenia w siedzibie Zamawiającego	TAK	
6.	Oświadczamy, że oferowane – powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do użycia bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.	TAK	

7.	Firmowe materiały informacyjne producenta lub autoryzowanego dystrybutora w języku polskim potwierdzające spełnienie wymaganych parametrów oferowanego wyrobu. <i>Materiały informacyjne dołączyć do oferty (folder lub katalog lub instrukcja obsługi)</i>	TAK, dołączyć do oferty	
8.	Kserokopie posiadanych atestów dopuszczających stosowanie przedmiotu zamówienia do użycia w placówkach publicznej służby zdrowia, zgodnie z ustawą z dnia 7 kwietnia 2022r. o wyrobach medycznych (tekst jednolity: Dz.U. z 2022r. poz.974) tj. certyfikat CE lub deklarację zgodności (jeśli prawo nakłada obowiązek posiadania takich dokumentów)	TAK, dołączyć do oferty	
IV.	WARUNKI GWARANCJI I SERWISU		
1.	Okres pełnej bezpłatnej gwarancji - min 24 miesiące	Tak , podać oferowany okres gwarancji	
2.	Gwarancja liczona od dnia zamontowania i uruchomienia urządzenia	TAK	
3.	Gwarancja obejmuje wliczone w cenę przeglądy techniczne i konserwacyjne w zakresie zgodnym z wymogami producenta, w tym bezpłatny dojazd i robocizna	TAK min. 1 przegląd na 12 m-cy lub zgodnie z zaleceniami producenta podać	
4.	Sposób zgłaszania awarii przedmiotu zamówienia Zamawiający zgłasza awarię telefonicznie, faxem lub e-mailem do serwisu autoryzowanego lub wskazanego przez Wykonawcę serwisanta, potwierdzając otrzymanie zgłoszenia	TAK	
5.	Min. 10 – letni okres zagwarantowania dostępności części zamiennych oraz materiałów zużywalnych od daty dostawy zaoferowanego urządzenia	TAK	
6.	Wykonawca zapewnia pełną autoryzowaną obsługę serwisową przez uprawnioną jednostkę, w okresie obowiązywania gwarancji	Nazwa i dokładny adres z numerem tel., fax i e-mail	
7.	Czas reakcji na zgłoszenia awarii - przyjazd serwisanta do Zamawiającego max 48 h w dni robocze od momentu zgłoszenia telefonicznego, e-mailem	TAK	
8.	Miejsce wykonania naprawy w pierwszej kolejności u Zamawiającego, jeżeli nie jest to możliwe w serwisie autoryzowanym Wykonawcy	TAK	
9.	Maksymalny czas naprawy przedmiotu zamówienia – max 14 dni roboczych od zgłoszenia awarii	TAK	
10.	W okresie gwarancji w przypadku konieczności naprawy przedmiotu zamówienia w serwisie autoryzowanym Wykonawcy, koszt ewentualnego transportu do serwisu i z serwisu do Zamawiającego pokrywa Wykonawca	TAK	
11.	Przedłużenie okresu gwarancji o czas wyłączenia z eksploatacji przedmiotu zamówienia po max 14 dniach	TAK	
12.	Lokalizacja pogwarancyjnego serwisu autoryzowanego Wykonawcy (adres, nr telefonu)	TAK Podać	

Brak opisu w kolumnie „Wartości oferowane ” (podać zakresy lub opisać) będzie traktowana jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia. Niespełnienie któregokolwiek z parametrów, spowoduje odrzucenie oferty.

W przypadku, gdy w rubryce „Wartość wymagana” wymagana jest odpowiedź TAK lub podana wartość graniczna, to Wykonawca jest obowiązany do potwierdzenia lub podania jej w rubryce „Wartość oferowana”.

Każda inna odpowiedź zostanie uznana za niespełnienie warunku granicznego i spowoduje odrzucenie oferty;

Wykonawca powinien załączyć do oferty materiały techniczne zaoferowanych urządzeń typu lub inne materiały źródłowe producenta/ów/ potwierdzające parametry techniczne i ich wartości odnośnie przedmiotu zamówienia.

....., data

.....
(formularz należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym
lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym)