**Załącznik nr 1.1 do SWZ**

**Szp-241/ZP – 051/2023**

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

**Przedmiot zamówienia – Mobilny stół operacyjny z pływającym blatem z polimerowego włókna węglowego – 1 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………........................…………

Oferowany model …………………………………………………………..................................

Producent …………………………………………………………………………......................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………......................

Rok produkcji – **2023**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Wartość oferowana** |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
|  | Wymiary:- blat stołu 2300 x 550 mm- nośność: 225 kg- wysokość: 71 x 109 cm | TAK |  |
|  | Szyna boczna na całej długości stołu | TAK |  |
|  | Ekran anestezjologiczny , z regulacją wysokości z zaciskiem wielopozycyjnym | TAK |  |
|  | Wysięgnik kroplówki dwuhakowy, Z regulacją wysokości z zaciskiem do szyny boczne | TAK  |  |
|  | Panel ochronny RTG 7 szt Panel mocowany na szynach bocznych , Waga całkowita 5.35 kg ; Szerokość 101 cm; Kolor niebieski | TAK |  |
|  | Stół mobilny, blokowanie kół jednym przyciskiem | TAK |  |
|  | Napęd stołu Elektrohydrauliczny | TAK |  |
|  | Pilot do sterowania funkcjami, wysokość, przechył boczny, Trendelenburg i antytrendelenburg, pozycja '0' | TAK  |  |
|  | Przechył Trendelenburg/ boczny : +/-25\* , +/- 15\* | TAK  |  |
|  | Przednie koła stałe, tylne obrotowe | TAK |  |
|  | Kolumna stołu - teleskopowa, wykonana ze stali nierdzewnej | TAK |  |
|  | Zasilanie AC- 100-250 VAC , Główne zasilanie AC + zasilanie bateryjne DC (sygnalizacja naładowania baterii) | TAK |  |
|  | Materac antystatyczny , bezszwowy odporny na środki dezynfekujące, zdejmowalny | TAK |  |
|  | Obszar przezierności stołu 196 cm z zagłówkiem (169,2 cm bez zagłówka) | TAK |  |
|  | Współczynnik przenikalności stołu Opatentowana konstrukcja z włókna węglowego 0,4mmA | TAK |  |
|  | Kompatybilność z posiadanym ramieniem do fluoroskopii, typ ramie C. Umożliwia wykonanie zabiegów z zakresu elekrtofizjologi | TAK |  |
| 17. | Instrukcja obsługi w języku polskim dostarczana z urządzeniem | TAK |  |
| 18. | Montaż i szkolenie personelu | TAK |  |
| 19. | Dokument potwierdzający, iż przedmiot zamówienia został sklasyfikowany jako wyrób medyczny i jest dopuszczony do obrotu na terenie Polski zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych. | TAK |  |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać ewentualne zakresy***

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami wymaganymi. Brak opisu w kolumnie 4 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

***…………………………………..***

*(Imię i nazwisko osoby uprawnionej*

*do reprezentowania Wykonawcy)*