Załącznik nr 1.2 do SWZ

SP ZOZ/DZ/218/2024

**\*SPECYFIKACJA TECHNICZNA\***

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia (SOPZ)**

**Pakiet nr 3** **– Stół operacyjny**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **Lp.** |  **Wymagane funkcje i parametry** | **Wymaganie / wartość / warunek graniczny** | **Parametr oferowany** **(opisać)** |
| **I** | **INFORMACJE OGÓLNE** |
|  | Stół fabrycznie nowy, nieużywany, niepowystawowy, po instalacji gotowy do użycia zgodnie z jego przeznaczeniem. Rok produkcji – nie starszy, niż 2023 |  |  |
|  |  Producent |  |  |
|  |  Typ/ Model |  |  |
|  |  Klasa wyrobu medycznego |  |  |
|  |  Komunikacja w języku polskim |  |  |
| **II.** | **PARAMETRY TECHNICZNE** |
| 1. | Stół operacyjny przeznaczony do chirurgii ogólnej mobilny na podstawie jezdnej z min 4 podwójnymi kołami | TAK |  |
| 2. |  Blat stołu pięciosegmentowy ,z elektryczną regulacją przechyłu wzdłużnego | TAK |  |
| 3. | Stół wykonany ze stali nierdzewnej , materiału odpornego na środki czyszczące i dezynfekujące. | TAK |  |
| 4. | Napęd blatu stołu elektromechaniczny , napęd kolumny elektrohydrauliczny. | TAK |  |
| 5. | Stół wyposażony w zasilanie akumulatorowe i sieciowe. Zabudowane akumulatory muszą pozwalać użytkować stół przez min. 5 dni. | TAK |  |
|  | Zasilacz stołu (ładowarka) zintegrowany w podstawie stołu. Stół musi być podłączony do szpitalnej instalacji 230V. | TAK |  |
|  | Blat przezierny dla promieniowania RTG na całej długości stołu , bez metalowych szyn poprzecznych. | TAK |  |
|  | Blat wyposażony w materace bezszwowe o właściwościach przeciwodleżynowych , zdejmowane o grubości min 80 mm. Powinny posiadać tzw pamięć kształtu, odporne na działanie środków dezynfekcyjnych. | TAK |  |
|  | Stół blokowany do podłoża zgodnie z rozwiązaniem producenta. | TAK |  |
|  | Wymiary stołu : długość min. 195 cm, szerokość z szynami bocznymi min. 58 cm. | TAK |  |
|  | Mocowanie akcesoriów za pomocą systemów mocowania zaczepowego z dodatkowym mocowaniem śrubowym lub hakowego. | TAK |  |
| 12. | Możliwość zamiany płyty podgłówka z płytami podnóżków. | TAK |  |
| 13. | Obsługa funkcji stołu za pomocą pilota przewodowego:- regulacja wysokości-przechyły boczne- Trendelennburga/ Antytrendelennburga- pozycja flex/reflex- płyta nożna- płyta plecowa dolna- pozycja standardowa 0- blokowanie/ odblokowanie- przesuw wzdłuż blatu- wyłączenie. | TAK |  |
| 14. | Możliwość obsługi stołu z awaryjnego panelu sterującego umieszczonego na kolumnie stołu. Panel awaryjny umieszczony na krótszej ścianie kolumny . | TAK |  |
| 15. | Stół wyposażony w system antykolizyjny , zabezpieczający przed kolizją elementów stołu. System zatrzymuje ruch w przypadku możliwego wystąpienia kolizji. | TAK |  |
| 16. | Elektrohydrauliczna regulacja wysokości blatu - dolne położenie blatu w zakresie 550-680 mm; górne w zakresie 1000-1100mm (bez materaca) | TAK |  |
| 17. | Elektrohydrauliczna regulacja przechyłu bocznego blatu min. 15°/15° | TAK |  |
| 18. | Elektrohydrauliczna regulacja Trendelenburga, AntyTrendelenburga w zakresie co najmniej -25°/+30° | TAK |  |
| 19. | Elektrohydrauliczne, uzyskiwane za pomocą jednego przycisku na pilocie ustawienie pozycji FLEX od poziomu 220° | TAK |  |
| 20. |  Elektrohydrauliczne, uzyskiwane za pomocą jednego przycisku na pilocie ustawienie pozycji REFLEX od poziomu 100° | TAK |  |
| 21. | Elektrohydrauliczna regulacja płyty plecowej w zakresie co najmniej -40° do +70° | TAK |  |
| 22. | Elektrohydrauliczny przesuw wzdłużny, min 30 cm | TAK |  |
| 23. | Regulacja nachylenia segmentu nóg w zakresie co najmniej +25°do -90 | TAK |  |
| 24. | Regulacja odwiedzenia segmentów nóg w zakresie co najmniej +25° do- 90° | TAK |  |
| 25. | Regulacja nachylenia podgłówka w zakresie co najmniej -50° do +50 | TAK |  |
| 26. | Stół podczas powrotu do pozycji 0 poziomuje wszystkie elementy stołu. | TAK |  |
| 27. | Obciążenie stołu min. 270 kg. | TAK |  |
| **III.** | **WYPOSAŻENIE** |
| 1. | Ekran anestezjologiczny z uchwytem do mocowania - 1 szt | TAK |  |
| 2.. | Podpora ręki z regulacją 180 stopni w płaszczyźnie poziomej, z możliwością montażu z obu stron stołu , i pasem do mocowania ręki- 1 szt. | TAK |  |
| 3. | Pas do mocowania ciała - 2 szt. | TAK |  |
| 4. | Zapórka pozwalająca na pozycjonowanie pacjenta w ułożeniu bocznym z uchwytem do mocowania – 2 szt. | TAK |  |
| 5. | Żelowy pierścień pod głowę – 2 szt. | TAK |  |
| 6. | Wałek pod szyję , wykonany z pianki poliuretanowej dla promieni RTG . Wymiary : 160mmx80 mm x 420mm. | TAK |  |
| 7. | Podpory nóg z zapięciami na rzepy. But uchwytu opracowany by zapewnić redukcję napięcia i wsparcie dla szerokiego zakresy rozmiarów nóg i łydek. Wytrzymała i lekka konstrukcja, zdejmowana przeznaczona do wielokrotnego użytku wkładka do butów . Ruchu litotomii w zakresie od -55 stopni do +80 stopni – zakres litotomii 140 stopni . Zakrzywiony wspornik pomocniczy eliminuje ryzyko przyszczypania. | TAK |  |
| 8. | Zacisk mocujący – 2 szt | TAK |  |
| **IV.** | **POZOSTAŁE** |
| 1. | Dostawa, instalacja i uruchomienie urządzenia w jednostce zamawiającego | TAK |  |
| 2. | W przypadku naprawy trwającej powyżej 120 godzin – wstawienie sprzętu zastępczego o parametrach nie gorszych, niż oferowany bez naliczania a tego tytułu dodatkowych opłat. | TAK |  |
| 3. | Autoryzowany przez producenta serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | TAK |  |
| 4. | Okres zagwarantowania dostępu do części zamiennych i wyposażenia min. 10 lat od daty podpisania bezusterkowego odbioru przedmiotu zamówienia | TAK |  |
| 5. | Czas reakcji serwisu gwarancyjnego i czas przystąpienia do usuwania awarii ≤48 h (w dni robocze) |  TAK |  |
| 6. | Aktualne deklaracje zgodności oraz stosowne certyfikaty CE (jeżeli przedmiot zamówienia należy do grupy wyrobów medycznych innych, niż klasa I) lub inne dokumenty potwierdzające, że oferowane urządzenie medyczne jest dopuszczone do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych | TAK |  |
| 7. | Instrukcje obsługi w języku polskim do wszystkich urządzeń – dostarczone wraz z dostawą w postaci wydrukowanej i elektronicznej, zakres drukowanych instrukcji do uzgodnienia z Zamawiającym | TAK |  |
| 8. | W okresie gwarancyjnym wykonywanie bezpłatnych przeglądów zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta | TAK |  |
| 8. | Szkolenie personelu obsługującego urządzenie w siedzibie Zamawiającego  | TAK |  |

**UWAGA:**

1. Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca – wypełniając ten załącznik – oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany asortyment.
2. Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treści – stanowi on integralną część oferty – deklarację Wykonawcy co do jej treści.
3. Brak niniejszego załącznika w ofercie spowoduje odrzucenie oferty jako niezgodnej z SWZ.
4. Brak uzupełniania danych przez Wykonawcę w poszczególnych wierszach kolumny nr 4 "Parametr oferowany" ww. tabeli, będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia, co spowoduje odrzucenie oferty jako niezgodnej z SWZ.
5. Wykonawca oświadcza, że dostarczony Zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.
6. **Załącznik ten nie podlega uzupełnieniu w trybie art. 128 Ustawy**.

***Dokument należy wypełnić i opatrzyć kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym***

***lub podpisem osobistym.
Zamawiający zaleca przed podpisaniem zapisanie dokumentu w formacie PDF.***