Załącznik nr 1 Opis przedmiotu zamówienia

nr spr. 6P/LZ/2024

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH**

**FOTELA GINEKOLOGICZNEGO - 2 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wymagania techniczne** | |  | **Potwierdzenie spełnienia parametru TAK / NIE** |
|  | Producent | TAK / podać |  |
|  | Nazwa i typ | TAK / podać |  |
|  | Kraj pochodzenia | TAK / podać |  |
|  | Sprzęt nowy, nie demonstracyjny, nie powystawowy, rok produkcji min. 2023 | TAK / podać |  |
| **Parametry techniczne** | | | |
|  | Fotel ginekologiczny 4 segmentowy składający się z :  -segmentu głowy,  - pleców,  - segmentu siedziska  - nakładanego segmentu nożnego; | TAK / podać |  |
|  | Fotel osadzony na elektromechanicznie regulowanej osłoniętej kolumnie; | TAK |  |
|  | Podstawa, kolumna zabezpieczona tworzywową, gładką osłoną w kolorze białym, gwarantująca brak przestrzeni zamkniętych i trudno dostępnych, oraz łatwość i szybkość dezynfekcji.  Podstawa, kolumna oraz spodnie części wszystkich segmentów fotela obudowane łatwą w utrzymaniu czystości obudową z tworzywa sztucznego w kolorze białym;  Nie dopuszcza się :  a) fotela bez obudowy siedziska i segmentu pleców z tworzywa sztucznego.  b) obudowy podstawy metalowej oraz kolumny obudowanej obudową metalową. | TAK |  |
|  | Zintegrowany uchwyt na ręczniki jednorazowe w rolce za segmentem pleców, zawieszany, możliwy do szybkiego demontażu. Możliwość poprowadzenia podkładu papierowego w rolce między segmentem pleców i głowy oraz między segmentem siedziska i segmentu pleców. | TAK |  |
|  | Podpory pod ręce nie mogą być wykonane z wykończenia skajem czy wersji tapicerowanej.  Wymagane podpory pacjenta z tworzywa sztucznego - 1 para | TAK |  |
|  | Fotel wyposażony w podkolanniki typu Goepela w kolorze tapicerki fotela 1para, podkolanniki wyposażone w rzepy mocujące. | TAK |  |
|  | Fotel wyposażony w uchylną, owalną miskę z regulacją jej ustawienia w dwóch osiach. | TAK |  |
|  | Fotel wyposażony w kółka z indywidualną blokadą hamulców. | TAK |  |
|  | Fotel wyposażony w parę listew – szyn do montażu wyposażenia na odcinku siedziska. | TAK |  |
|  | Fotel wyposażony w parę listew – szyn do montażu wyposażenia na odcinku pleców. | TAK |  |
|  | Schodek nasuwany na podstawę fotela (umożliwiający dobry dostęp do panelu sterującego wbudowanego w podstawę fotela) pokryty białą obudową z tworzywa sztucznego, schodek z możliwością demontażu;  Schodek dostawany do fotela nie może być wykonany wykończeniem ze skaju medycznego. | TAK |  |
|  | Fotel wyposażony w okrągłą miskę ze stali nierdzewnej z odpływem i wiadrem. | TAK |  |
|  | Pozostałe niezbędne wyposażenie fotela:- pas mocujący z uchwytem na listwę,- stołek dla operatora w kolorze fotela z regulacją wysokości za pomocą sprężyny gazowej | TAK |  |
|  | Fotel wyposażony w otwory montażowe w spodniej części podstawy fotela po obu jego stronach dające możliwość zintegrowania z uchwytem kolposkopu | TAK |  |
|  | Bezpieczne obciążenie min 150 kg. | TAK / podać |  |
|  | Wymiary całkowite 3 segmentowej powierzchni roboczej w pozycji leża 1365 mm +/- 50 mm. | TAK / podać |  |
|  | Długość x szerokość podstawy 900x600 mm. | TAK |  |
|  | Szerokość leża 615 mm. | TAK |  |
|  | Podstawa wyoblona bez wystających ostrych krawędzi, pokryta obudową z tworzywa sztucznego.  Nie dopuszcza się widocznych elementów metalowych malowanych proszkowo podstawy oraz kolumny oraz widocznych śrub. | Tak |  |
|  | Elektromechaniczna regulacja wysokości fotela w zakresie 640-940 mm, sterowanie za pomocą przycisków nożnych wbudowanych w podstawę fotela. | TAK |  |
|  | Regulacja segmentu plecowego 0-80o elektromechaniczna uzyskiwana za pomocą przycisków nożnych wbudowanych w podstawę fotela. | TAK |  |
|  | Regulacja segmentu głowy +/-30 o za pomocą przycisku sprężyny gazowej zlokalizowanego w tylnej części oparcia segmentu pleców. | TAK |  |
|  | Regulacja segmentu siedzenia elektromechaniczna 0/+20o regulowana za pomocą przycisków nożnych wbudowanych w podstawę fotela. | TAK |  |
|  | Fotel wyposażony w programator 3 pozycji do badań i zabiegów. Sterowanie ustawieniami programów oraz ich realizacją za pomocą przycisków nożnych wbudowanych w podstawę fotela. | TAK |  |
|  | Wybór przynajmniej 15 różnych kolorów tapicerki (do uzgodnienia z Zamawiającym). | TAK /podać |  |
| **Inne** | | | |
|  | Gwarancja min 24 miesiące, przeglądy okresowe sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta sprzętu. | TAK /podać |  |
|  | * + - 1. Potwierdzenie udzielonej gwarancji w postaci karty gwarancyjnej w języku polskim. | TAK |  |
|  | Certyfikat CE, deklaracja zgodności producenta na oferowany sprzęt. | TAK |  |
|  | Gwarancja dostępności części zamiennych przez okres min. 10 lat od momentu złożenia oferty. | TAK |  |
|  | Dostawa, instalacja wraz z montażem oraz instruktaż w zakresie obsługi dla personelu medycznego w cenie oferty. | TAK |  |

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

(podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli)