**Załącznik nr 4 do SWZ**

**Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych**

**„Modernizacja i doposażenie w sprzęt medyczny Szpitalnego Oddziału Ratunkowego**

**SPS ZOZ w Lęborku – dostawa sprzętu medycznego”.**

**Część nr 5 WÓZKI TRANSPORTOWE SIEDZĄCE – FOTELE TRANSPORTOWE**

**ŁÓŻKA SZPITALNE ELEKTRYCZNE Z FUNKCJĄ TRANSPORTOWĄ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **PARAMETR** | **PARAMETRY WYMAGANE/****Sposób oceny** | **Parametry oferowane /Potwierdzenie wymagania** |
| **A.**  | **Wózek transportowy siedzący – Fotel transportowy szt. 3** |
|  | Producent: …………………………………………………………………….…….............……...Typ/model/ oznaczenie handlowe: ………………………………………..…..…………………Rok produkcji: ……………….....................…. kraj pochodzenia ………………………………. |
|  | Cena netto …………………….. zł, podatek VAT ……%, cena brutto ………………… zł |
| **I.** | **Opis parametrów** |  |  |
|  | Fotel przeznaczony do przewożenia pacjentów w pozycji siedzącej | Bez oceny – wymóg |  |
|  | Konstrukcja fotela wykonana ze stali lakierowanej proszkowo w kolorze białym. | Bez oceny – wymóg |  |
|  | Wyprofilowane siedzisko oraz oparcie fotela wykonane w formie jednolitego odlewu, zaokrąglone (bez ostrych krawędzi i rogów), ze zmywalnego, wytłoczonego tworzywa sztucznego bez szwów i łączeń, o gładkiej powierzchni łatwej do dezynfekcji.  | Bez oceny – wymóg |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie min. 226 kg, min. masa ciała pacjenta 216 kg | OCENIANY, podaćwaga pacjenta: = 216 kg – 0 pkt.> 216 kg – 30 pkt. |  |
|  | Długość całkowita fotela 1021 mm | Bez oceny – wymóg |  |
|  | Szerokość całkowita fotela 718 mm | Bez oceny – wymóg |  |
|  | Wysokość fotela bez stojaka na kroplówki 1143 mm | Bez oceny – wymóg |  |
|  | Wysokość fotela ze stojakiem na kroplówki 1854 mm | Bez oceny – wymóg |  |
|  | Szerokość siedziska 546 mm | Bez oceny – wymóg |  |
|  | Głębokość siedziska 480 mm | Bez oceny – wymóg |  |
|  | Wysokość siedziska od podłoża: 53 cm, od podnóżków: 38 cm (+/- 2 cm) | Bez oceny – wymóg |  |
|  | Wysokość oparcia pleców 530 mm | Bez oceny – wymóg |  |
|  | Długość podłokietników 510 mm | Bez oceny – wymóg |  |
|  | Możliwość mycia ciśnieniowego fotela | Bez oceny – wymóg |  |
|  | Wyprofilowane rączki do prowadzenia fotela powlekane materiałem antypoślizgowym umożliwiające personelowi med. ustawienie łokci pod ergonomicznym kątem 90° podczas transportu. | Bez oceny – wymóg |  |
|  | Wózek wyposażony w duże pełne koła tylne o średnicy co najmniej 30 cm zwiększające manewrowość fotela, antystatyczne, bez widocznej metalowej osi obrotu zaopatrzone w całkowite osłony zabezpieczające mechanizm kół przed zanieczyszczeniem oraz koła przednie skrętne o średnicy co najmniej 12 cm | Bez oceny – wymóg |  |
|  | Wózek wyposażony w centralny hamulec nożny.  | Bez oceny – wymóg |  |
|  | Wózek wyposażony w 2 przyciski funkcyjne nożne : hamulec i jazda kierunkowa. | Bez oceny – wymóg |  |
|  | Odchylane i wyprofilowane podłokietniki zapewniające wyższy i dłuższy punkt podparcia dla pacjenta ułatwiające wsiadanie oraz zsiadanie z fotela. Podłokietniki odchylane poza oparcie pleców zapewniające lepszy dostęp do pacjenta. | Bez oceny – wymóg |  |
|  | Jednokolorowe punkty aktywacyjne wskazujące wszystkie elementy ruchome fotela, nieodłączalne, ułatwiające obsługę fotela. | Bez oceny – wymóg |  |
|  | Automatycznie składane podnóżki z funkcją odwodzenia na boki zmniejszające ryzyko potknięcia i zwiększające dostęp do pacjenta. Podnóżki powlekane wyprofilowanym materiałem antypoślizgowym. Wypustki w podnóżkach obsługiwane stopą umożliwiające personelowi med. umieszczenie pacjenta w fotelu bez zbędnego schylania się i dotykania podnóżków. | Bez oceny – wymóg |  |
|  | Kółka przeciw wywrotne wbudowane w ramę fotela zwiększające stabilność i bezpieczeństwo pacjenta i personelu. | Bez oceny – wymóg |  |
|  | Sztywna rama umożliwiająca wsuwanie jednego fotela w drugi. | Bez oceny – wymóg |  |
|  | Uchwyt na kartę montowany za oparciem fotela. Otwarta konstrukcja ułatwiająca czyszczenie uchwytu. | Bez oceny – wymóg |  |
|  | Uchwyty na worki na mocz montowane bezpośrednio pod siedziskiem. | Bez oceny – wymóg |  |
| **II.** | **Wyposażenie dodatkowe**  |  |  |
|  | Chromowany stojak na kroplówki montowany na stałe , odporny na rdzewienie, o grubości 2,5 cm., nieskładany. Załączona okrągła końcówka stojaka z min. 5 haczykami. Końcówka z haczykami dostępna w min. 6 kolorach umożliwiających identyfikacje na oddziałach. | Bez oceny – wymóg |  |
|  | Pionowy uchwyt na butlę z tlenem, ustawiony trwale w jednej pozycji.  | Bez oceny – wymóg |  |
|  | 2 niezależne podpórki pod łydki składane pod siedzisko, samoblokujące się, zwalniane dźwigniami ręcznymi, montowane na stałe. | Bez oceny – wymóg |  |
| **III.** | **Warunki gwarancji i serwisu**  |  |  |
| 1. | * 1. Okres pełnej, bez wyłączeń gwarancji dla wszystkich zaoferowanych elementów, liczony od daty obustronnego podpisania „Protokołu zdawczo-odbiorczego z dostawy i odbioru sprzętu” bez uwag min. 24 miesiące
 | Bez oceny – wymógPodać ilość miesięcy |  |
| 2. | * 1. Zabezpieczenie serwisu w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym oraz zagwarantowanie dostępności części zamiennych przez minimum 10 lat od daty dostawy. Obsługa serwisowa na terenie Polski
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 3. | * 1. Opieka aplikacyjna w czasie użytkowania urządzenia na żądanie Zamawiającego, bezpłatne aktualizacje oprogramowania – jeśli dotyczy
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 4. | * 1. Bezpłatne szkolenie personelu Zamawiającego w zakresie obsługi i konserwacji urządzenia, w terminie uzgodnionym z Zamawiającym; szkolenie powinno zostać potwierdzone zaświadczeniem/certyfikatem
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 5. | * 1. Bezpłatny serwis oraz naprawy gwarancyjne w okresie gwarancji, w tym przeglądy z częstotliwością zalecaną przez producenta urządzenia oraz dodatkowo przegląd w ostatnim miesiącu obowiązywania gwarancji; serwis świadczony będzie w miejscu użytkowania urządzenia w siedzibie Zamawiającego. Koszty dojazdu do i z miejsca użytkowania urządzenia oraz koszty części zamiennych, pakietów naprawczych itp. elementów zużywalnych, w okresie gwarancyjnym pokrywa Wykonawca
 | Bez oceny – wymóg, podać zalecaną przez producenta częstość przeglądów |  |
| 6. | * 1. Zapewnienie możliwości całodobowego przyjmowania zgłoszeń o awarii / usterce
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 7. | * 1. Czas reakcji serwisu do 24 godzin od momentu zgłoszenia awarii / usterki
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 8. | * 1. Całkowite usunięcie awarii / usterki do 48 godzin w dni robocze od zgłoszenia, w przypadku dłuższej naprawy konieczność dostarczenia urządzenia zastępczego; w przypadku 3-krotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu lub podzespołu, wymiana tego elementu lub podzespołu na oryginalnie nowy
 | Bez oceny – wymóg |  |
|  | * 1. **Pozostałe wymagania**
 |  |  |
| 9. | * 1. Urządzenie i jego części składowe w pełni sprawne, fabrycznie nowe, nieużywane, kompletne, nierekondycjonowane, posiadające niezbędne instrukcje, paszporty techniczne, gwarancje i dokumentację w języku polskim
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 10. | * 1. Termin dostawy maksymalnie 2 miesiące od podpisania umowy z usługą wniesienia
 | Bez oceny – wymóg, podać |  |
| 11. | * 1. Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej, karta eksploatacji sprzętu, karta gwarancyjna dołączone do dostawy
 | Bez oceny – wymóg |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **PARAMETR** | **PARAMETRY WYMAGANE/****Sposób oceny** | **Parametry oferowane /Potwierdzenie wymagania** |
| **B.** | **Wózek transportowy szt. 2** |
|  | Producent: …………………………………………………………………….…….............……...Typ/model/ oznaczenie handlowe: ………………………………………..…..…………………Rok produkcji: ……………….....................…. kraj pochodzenia ………………………………. |
|  | Cena netto …………………….. zł, podatek VAT ……%, cena brutto ………………… zł |
| **I.** | * 1. **Opis parametrów**
 |  |  |
| 1. | Wózek przeznaczony do przewożenia pacjentów w pozycji leżącej, drobnych zabiegów i krótkiego pobytu (leczenia i rekonwalescencji) | Bez oceny – wymóg |  |
| 2. | Konstrukcja wózka wykonana ze stali lakierowanej proszkowo oparta na 2 kolumnach cylindrycznych z osłoną o gładkiej powierzchni łatwej do dezynfekcji (nie osłoniętych tworzywem składającym się w harmonijkę). Platforma leża podzielona na 2 segmenty. Nie dopuszcza się wózka do transportu pacjenta o konstrukcji wózka na zasadzie pantografu. | Bez oceny – wymóg |  |
| 3. | * 1. Platforma leża 2 segmentowa wykonana w formie jednolitego odlewu, zaokrąglona (bez ostrych krawędzi i rogów), łatwa do dezynfekcji, wykonana z tworzywa sztucznego odpornego na działanie środków chemicznych i uszkodzeń.
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 4. | * 1. Podwozie zabudowane pokrywą z tworzywa sztucznego z miejscem do przechowywania rzeczy pacjenta lub dodatkowego sprzętu (np. butli z tlenem), z udźwigiem min. 26 kg
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 5. | * 1. Możliwość zamontowania w każdym z naroży wózka pionowego uchwytu na butlę z tlenem, montowany bez użycia dodatkowych narzędzi
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 6. | * 1. Dopuszczalne obciążenie robocze wózka (pacjent + osprzęt i dodatkowe urządzenia) - min. 250 kg i dopuszczalna waga przewożonego pacjenta min. 215 kg
 | OCENIANY, podaćwaga pacjenta: = 215 kg – 0 pkt.> 215 kg – 30 pkt. |  |
| 7. | * 1. Długość całkowita wózka: 2170mm±30mm
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 8. | Szerokość całkowita wózka z opuszczonymi barierkami: 735mm±10mm | Bez oceny – wymóg |  |
| 9. | * 1. Szerokość całkowita wózka z podniesionymi barierkami: 790mm±10mm
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 10. | * 1. Wymiary leża (przestrzeń dla pacjenta): długość min. 193 cm, szerokość min. 62 cm
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 11. | * 1. Składane, ergonomiczne rączki do prowadzenia wózka zlokalizowane od strony głowy i od strony nóg pacjenta ułatwiające dostęp do pacjenta (m.in. podczas akcji reanimacyjnej). Rączki składane poniżej poziomu materaca.
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 12. | * 1. Wózek wyposażony w piąte koło kierunkowe o średnicy min.120 mm z funkcją jazdy swobodnej bądź kierunkowej, realizowaną poprzez uniesienie lub dociśnięcie koła do podłoża.
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 13. | * 1. Pojedyncze koła o średnicy co najmniej 190 mm, bez widocznej metalowej osi obrotu zaopatrzone w osłony zabezpieczające mechanizm kół przed zanieczyszczeniem
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 14. | * 1. Hydrauliczna regulacja wysokości leża dostępna z obu stron wózka, za pomocą dźwigni nożnej w zakresie 56 – 86 cm ±3cm (mierzone od podłoża do górnej płaszczyzny leża bez materaca)
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 15. | * 1. Wózek wyposażony w centralny system hamulcowy, z jednoczesnym blokowaniem wszystkich kół, co do obrotu wokół osi, toczenia i sterowania kierunkiem jazdy, z wyraźnym zaznaczeniem kolorystycznym blokady hamulców (czerwony) i funkcji jazdy kierunkowej (zielony).
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 16. | * 1. Centralny system blokowania kół obsługiwany z dwóch stron wózka jedną dźwignią nożną, trójpozycyjny – jazda swobodna, jazda kierunkowa, hamulec.
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 17. | * 1. Barierki boczne chromowane, składane (wyróżnione kolorystycznie elementy aktywujące) z gładką, wyprofilowaną szczytową powierzchnią tworzywową ułatwiającą prowadzenie wózka oraz nie rysującą ścian.
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 18. | * 1. Barierki boczne metalowe lub chromowane, chowane pod ramę leża (nie wzdłuż leża w pozycji równo z ramą lub w pozycji powyżej ramy leża), gwarantujące brak przerw transferowych. Wyprofilowane barierki z uchwytami do pchania/ciągnięcia na końcu wózka od strony nóg.
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 19. | * 1. Regulacja segmentu pleców manualna ze wspomaganiem sprężyn gazowych co najmniej od 0°-85°
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 20. | * 1. Pozycja Trendelenburga/ anty-Trendelenburga regulowana hydraulicznie w zakresie ±16°(±3°) przy użyciu pedałów nożnych z obu dłuższych stron wózka
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 21. | * 1. Dźwignie regulacji przechyłów: Trendelenburga/AntyTrendelenburga oraz opuszczania leża dostępna z obu stron dłuższych boków wózka, regulacja tych trzech opcji realizowana płynnie za pomocą jednego dedykowanego pedału.
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 22. | * 1. Tuleje na wieszaki infuzyjne lub na inne akcesoria każdym narożu wózka
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 23. | * 1. Uchwyty na worki urologiczne z obu dłuższych stron leża.
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 24. | * 1. Materac piankowy w pokrowcu z osłoną poliestrową, powlekany poliuretanem i poliamidem, o grubości min. 8 cm. Materac mocowany na rzepy, w sposób uniemożliwiający samoczynne przesuwanie
 | Bez oceny – wymóg |  |
| **II.** | * 1. **Wyposażenie dodatkowe**
 |  |  |
| 25. | * 1. Teleskopowy metalowy lub chromowany , co najmniej 2 segmentowy, składany wszerz lub wzdłuż leża wieszak infuzyjny z regulacją wysokości, montaż stały, min. 2 haki, obciążenie stojaka kroplówki min.15kg.
 | Bez oceny – wymóg |  |
| **III.** | **Warunki gwarancji i serwisu** |  |  |
| 1. | * 1. Okres pełnej, bez wyłączeń gwarancji dla wszystkich zaoferowanych elementów, liczony od daty obustronnego podpisania „Protokołu zdawczo-odbiorczego z dostawy i odbioru sprzętu” bez uwag min. 24 miesiące
 | Bez oceny – wymógPodać ilość miesięcy |  |
| 2. | * 1. Zabezpieczenie serwisu w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym oraz zagwarantowanie dostępności części zamiennych przez minimum 10 lat od daty dostawy. Obsługa serwisowa na terenie Polski
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 3. | * 1. Opieka aplikacyjna w czasie użytkowania urządzenia na żądanie Zamawiającego, bezpłatne aktualizacje oprogramowania – jeśli dotyczy
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 4. | * 1. Bezpłatne szkolenie personelu Zamawiającego w zakresie obsługi i konserwacji urządzenia, w terminie uzgodnionym z Zamawiającym; szkolenie powinno zostać potwierdzone zaświadczeniem/certyfikatem
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 5. | * 1. Bezpłatny serwis oraz naprawy gwarancyjne w okresie gwarancji, w tym przeglądy z częstotliwością zalecaną przez producenta urządzenia oraz dodatkowo przegląd w ostatnim miesiącu obowiązywania gwarancji; serwis świadczony będzie w miejscu użytkowania urządzenia w siedzibie Zamawiającego. Koszty dojazdu do i z miejsca użytkowania urządzenia oraz koszty części zamiennych, pakietów naprawczych itp. elementów zużywalnych, w okresie gwarancyjnym pokrywa Wykonawca
 | Bez oceny – wymóg, podać zalecaną przez producenta częstość przeglądów |  |
| 6. | * 1. Zapewnienie możliwości całodobowego przyjmowania zgłoszeń o awarii / usterce
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 7. | * 1. Czas reakcji serwisu do 24 godzin od momentu zgłoszenia awarii / usterki
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 8. | * 1. Całkowite usunięcie awarii / usterki do 48 godzin w dni robocze od zgłoszenia, w przypadku dłuższej naprawy konieczność dostarczenia urządzenia zastępczego; w przypadku 3-krotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu lub podzespołu, wymiana tego elementu lub podzespołu na oryginalnie nowy
 | Bez oceny – wymóg |  |
|  | * 1. **Pozostałe wymagania**
 |  |  |
| 9. | * 1. Urządzenie i jego części składowe w pełni sprawne, fabrycznie nowe, nieużywane, kompletne, nierekondycjonowane, posiadające niezbędne instrukcje, paszporty techniczne, gwarancje i dokumentację w języku polskim
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 10. | * 1. Termin dostawy maksymalnie 2 miesiące od podpisania umowy z usługą wniesienia
 | Bez oceny – wymóg, podać |  |
| 11. | * 1. Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej, karta eksploatacji sprzętu, karta gwarancyjna dołączone do dostawy
 | Bez oceny – wymóg |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **PARAMETR** | **PARAMETRY WYMAGANE/****Sposób oceny** | **Parametry oferowane /Potwierdzenie wymagania** |
| **C.**  | **Wózek do przewozu chorych z napędem elektrycznym z leżem wykonanym z materiału przeziernego dla promieni RTG szt. 1** |
|  | Producent: …………………………………………………………………….…….............……...Typ/model/ oznaczenie handlowe: ………………………………………..…..…………………Rok produkcji: ……………….....................…. kraj pochodzenia ………………………………. |
|  | Cena netto …………………….. zł, podatek VAT ……%, cena brutto ………………… zł |
| **I.** | **Opis parametrów** |  |  |
| 1. | * 1. Wózek przeznaczony do przewożenia pacjentów w pozycji leżącej, drobnych zabiegów i krótkiego pobytu (leczenia i rekonwalescencji)
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 2. | * 1. Konstrukcja wózka wykonana ze stali lakierowanej proszkowo oparta na 2 kolumnach cylindrycznych z osłoną o gładkiej powierzchni łatwej do dezynfekcji (nie osłoniętych tworzywem składającym się w harmonijkę). Platforma leża podzielona na 2 segmenty wypełnione płytami z tworzywa sztucznego ABS przeziernymi dla promieni RTG.
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 3. | * 1. Platforma leża 2 segmentowa wykonana w formie jednolitego odlewu, zaokrąglona (bez ostrych krawędzi i rogów), łatwa do dezynfekcji, wykonana z wysokiej jakości tworzywa sztucznego odpornego na działanie środków chemicznych i uszkodzeń.
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 4. | * 1. Podwozie zabudowane pokrywą z tworzywa sztucznego z miejscem do przechowywania rzeczy pacjenta lub dodatkowego sprzętu
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 5. | * 1. Zintegrowany uchwyt na butlę z tlenem montowany bezpośrednio pod leżem w celu łatwego podłączenia do pacjenta
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 6. | * 1. Dopuszczalne obciążenie min.315 kg, min. masa ciała pacjenta 305kg
 | OCENIANY, podaćwaga pacjenta: = 305 kg – 0 pkt.> 305 kg – 30 pkt. |  |
| 7. | * 1. Długość całkowita wózka max.2200mm
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 8. | * 1. Szerokość całkowita wózka z opuszczonymi barierkami w zakresie 760-780 mm
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 9. | * 1. Szerokość całkowita wózka z podniesionymi barierkami w zakresie 950-980mm
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 10. | * 1. Wymiary leża (przestrzeń dla pacjenta): długość min.1910 mm, szerokość min.760 mm
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 11. | * 1. 2 segmentowe leże całkowicie przezierne dla promieni RTG umożliwiające wykonanie zdjęć na całej długości leża (od głowy do stóp)
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 12. | * 1. Leże o strukturze kompozytu gwarantującej zwiększoną przezierność w celu uzyskania zdjęć wysokiej jakości
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 13. | * 1. Min.4 cm prześwit między platformą leża, a ramą wózka wyprofilowaną, w celu łatwego i bezpiecznego wprowadzania kasety RTG z każdej strony wózka (dostęp 360o).
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 14. | * 1. Wózek wyposażony w podziałkę w poprzek i wzdłuż leża oraz wyprofilowaną ramę ułatwiającą pozycjonowanie kasety RTG.
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 15. | * 1. Składane, ergonomiczne rączki do prowadzenia wózka zlokalizowane od strony głowy pacjenta ułatwiające dostęp do pacjenta (m.in. podczas akcji reanimacyjnej). Rączki składane poniżej poziomu materaca.
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 16. | Wózek wyposażony w system napędowy z funkcją jazdy kierunkowej. System napędowy wyposażony w 2 akumulatory umożliwiające transport wózka z pacjentem bez jakiegokolwiek wysiłku fizycznego. * 1. System napędowy uruchamiany za pomocą przycisków aktywujących znajdujących się w uchwytach do prowadzenia wózka.
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 17. | Wózek wyposażony w funkcję dużego koła o średnicy min. 30 cm. Koła pełne, bez widocznej metalowej osi obrotu zaopatrzone w osłony zabezpieczające mechanizm kół przed zanieczyszczeniem z funkcją jazdy swobodnej bądź kierunkowej, realizowaną poprzez uniesienie lub dociśnięcie kół do podłoża.  | Bez oceny – wymóg |  |
| 18. | Pojedyncze koła o średnicy co najmniej 20 cm, bez widocznej metalowej osi obrotu zaopatrzone w osłony zabezpieczające mechanizm kół przed zanieczyszczeniem | Bez oceny – wymóg |  |
| 19. | System napędowy wyposażony w wyświetlacz wskazujący poziom naładowania akumulatora. | Bez oceny – wymóg |  |
| 20. | Możliwość odłączenia systemu napędowego pokrętłem znajdującym się w pokrywie podwozia (wydłużenie żywotności akumulatora/ów) | Bez oceny – wymóg |  |
| 21. | Hydrauliczna regulacja wysokości leża dostępna z obu stron wózka, za pomocą dźwigni nożnej w zakresie 580-860mm ± 30mm(mierzone od podłoża do górnej płaszczyzny leża bez materaca) | Bez oceny – wymóg |  |
| 22. | Wózek wyposażony w centralny system hamulcowy, z jednoczesnym blokowaniem wszystkich kół, co do obrotu wokół osi, toczenia i sterowania kierunkiem jazdy, z wyraźnym zaznaczeniem kolorystycznym blokady hamulców i funkcji jazdy kierunkowej. | Bez oceny – wymóg |  |
| 23. | Centralny system blokowania kół obsługiwany z obu stron wózka jedną dźwignią nożną, trójpozycyjny – jazda swobodna, jazda kierunkowa, hamulec. | Bez oceny – wymóg |  |
| 24. | Barierki boczne chromowane lub metalowe, składane o wysokości min. 36 cm i długości min. 146 cm z gładką, wyprofilowaną powierzchnią tworzywową w kolorze czerwonym, ułatwiającą prowadzenie wózka oraz nie rysującą ścian.  | Bez oceny – wymóg |  |
| 25. | Barierki boczne chowane pod leże gwarantujące brak przerw transferowych. Wyprofilowane barierki z uchwytami do pchania/ciągnięcia na końcu wózka od strony nóg. | Bez oceny – wymóg |  |
| 26. | Regulacja segmentu pleców manualna ze wspomaganiem sprężyn gazowych w zakresie min. od 0°-85°. | Bez oceny – wymóg |  |
| 27. | Możliwość uniesienia segmentu nóg w celu łatwiejszego czyszczenia i dezynfekcji.  | Bez oceny – wymóg |  |
| 28. | Pozycja Trendelenburga/ anty-Trendelenburga regulowana hydraulicznie w zakresie ±16° (±2°) przy użyciu pedałów nożnych z obu stron wózka | Bez oceny – wymóg |  |
| 29. | Uchwyty na worki urologiczne po obu stronach leża | Bez oceny – wymóg |  |
| 30. | Listwy odbojowe w czerwonym kolorze zabezpieczające wszystkie naroża wózka | Bez oceny – wymóg |  |
| 31. | Klasa szczelności min. IPX5 | Bez oceny – wymóg |  |
| 32. | Odbojniki nad kołami, uchwyty do prowadzenia wózka, listwy tworzywowe barierek oraz listwy odbojowe w kolorze czerwonym w celu łatwej identyfikacji wózka. | Bez oceny – wymóg |  |
| 33. | Materac piankowy, przeciwodleżynowy (od 1 do 4 st. odleżyn), w pokrowcu poliuretan/poliwęglan zwiększający wytrzymałość na środki chemiczne, nieprzemakalnym, paro przepuszczalny , o zgrzewanych krawędziach (nie zszywanych) zapobiegających przedostaniu się płynów do wnętrza materaca, odpinanym na zamek błyskawiczny z okapnikiem, o grubości ok.8- 10 cm, niepalny (zgodnie z norma EN 597-1 i EN 597-2), o udźwigu min. 317 kg, przezierny dla promieni RTG.  | Bez oceny – wymóg |  |
| 34. | Materac mocowany na rzepy, w sposób uniemożliwiający samoczynne przesuwanie | Bez oceny – wymóg |  |
| **II.** | **Wyposażenie dodatkowe**  |  |  |
| 35. | Teleskopowy chromowany lub metalowy wieszak infuzyjny min.2 częściowy z regulacją wysokości, wyjmowany, min. 2 haki. | Bez oceny – wymóg |  |
| **III.** | **Warunki gwarancji i serwisu**  |  |  |
| 1. | * 1. Okres pełnej, bez wyłączeń gwarancji dla wszystkich zaoferowanych elementów, liczony od daty obustronnego podpisania „Protokołu zdawczo-odbiorczego z dostawy i odbioru sprzętu” bez uwag min. 24 miesiące
 | Bez oceny – wymógPodać ilość miesięcy |  |
| 2. | * 1. Zabezpieczenie serwisu w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym oraz zagwarantowanie dostępności części zamiennych przez minimum 10 lat od daty dostawy. Obsługa serwisowa na terenie Polski
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 3. | * 1. Opieka aplikacyjna w czasie użytkowania urządzenia na żądanie Zamawiającego, bezpłatne aktualizacje oprogramowania – jeśli dotyczy
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 4. | * 1. Bezpłatne szkolenie personelu Zamawiającego w zakresie obsługi i konserwacji urządzenia, w terminie uzgodnionym z Zamawiającym; szkolenie powinno zostać potwierdzone zaświadczeniem/certyfikatem
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 5. | * 1. Bezpłatny serwis oraz naprawy gwarancyjne w okresie gwarancji, w tym przeglądy z częstotliwością zalecaną przez producenta urządzenia oraz dodatkowo przegląd w ostatnim miesiącu obowiązywania gwarancji; serwis świadczony będzie w miejscu użytkowania urządzenia w siedzibie Zamawiającego. Koszty dojazdu do i z miejsca użytkowania urządzenia oraz koszty części zamiennych, pakietów naprawczych itp. elementów zużywalnych, w okresie gwarancyjnym pokrywa Wykonawca
 | Bez oceny – wymóg, podać zalecaną przez producenta częstość przeglądów |  |
| 6. | * 1. Zapewnienie możliwości całodobowego przyjmowania zgłoszeń o awarii / usterce
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 7. | * 1. Czas reakcji serwisu do 24 godzin od momentu zgłoszenia awarii / usterki
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 8. | * 1. Całkowite usunięcie awarii / usterki do 48 godzin w dni robocze od zgłoszenia, w przypadku dłuższej naprawy konieczność dostarczenia urządzenia zastępczego; w przypadku 3-krotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu lub podzespołu, wymiana tego elementu lub podzespołu na oryginalnie nowy
 | Bez oceny – wymóg |  |
|  | * 1. **Pozostałe wymagania**
 |  |  |
| 9. | * 1. Urządzenie i jego części składowe w pełni sprawne, fabrycznie nowe, nieużywane, kompletne, nierekondycjonowane, posiadające niezbędne instrukcje, paszporty techniczne, gwarancje i dokumentację w języku polskim
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 10. | * 1. Termin dostawy maksymalnie 2 miesiące od podpisania umowy z usługą wniesienia
 | Bez oceny – wymóg, podać |  |
| 11. | * 1. Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej, karta eksploatacji sprzętu, karta gwarancyjna dołączone do dostawy
 | Bez oceny – wymóg |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **D.** | **ŁÓŻKA SZPITALNE ELEKTRYCZNE Z FUNKCJĄ TRANSPORTOWĄ SZT. 6** |
|  | Producent: …………………………………………………………………….…….............……...Typ/model/ oznaczenie handlowe: ………………………………………..…..…………………Rok produkcji: ……………….....................…. kraj pochodzenia ………………………………. |
|  | Cena netto …………………….. zł, podatek VAT ……%, cena brutto ………………… zł |
| **II.** | * 1. **Opis parametrów**
 |  |  |
|  | * 1. Zasilanie 100 -240 V, 50-60 Hz z sygnalizacją diodową na panelu sterowniczym o podłączeniu do sieci w celu uniknięcia nieświadomego wyrwania kabla z gniazdka i uszkodzenia łóżka lub gniazdka
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 2. | * 1. Konstrukcja łóżka oparta o system pantografowy w celu zwiększenia stabilności leża bez względu na rozłożenie ciężaru na całej jego powierzchni
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 3. | * 1. Wbudowany akumulator do zasilania podczas transportu i w sytuacjach zaniku prądu z sygnalizacją diodową na panelu sterowniczym i wskaźnikiem poziomu naładowania.
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 4.  | * 1. Długość zewnętrzna łóżka – 2200mm (+/-10mm) z możliwością przedłużania leża do minimum długości 300mm dla pacjentów wysokiego wzrost.
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 5. | * 1. Szerokość zewnętrzna łóżka przy podniesionych barierkach nie większa niż 1000 mm
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 6.  | Konstrukcja łóżka wykonana ze stali malowanej metodą proszkową lub natrysku elektrostatycznego. Leże podzielone na min. 4 segmenty z czego min. 3 ruchome. | Bez oceny – wymóg |  |
| 7. | * 1. Segmenty leża wypełnione poprzecznymi panelami ze zmywalnego tworzywa sztucznego i/lub płytą HPL, zapewniającymi stabilną podstawę dla materaca.
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 8. | * 1. Łóżko w pełni zgodne z obowiązującą normą PN-EN 60601-2-52 oraz PN-EN 60601-1-2.
 | TAK – 10 pktNIE – 0 pkt |  |
| 9. | * 1. Na całej długości i szerokości łóżka w każdej pozycji i ustawieniach, prześwit pod łóżkiem wynoszący min.15 cm. (jedynym elementem, który może znajdować się poniżej tej wysokości może być piąte koło kierunkowe)
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 10. | Bezpieczne obciążenie robocze 250 kg dla pozycji leża. Max. waga pacjenta min.215 kg. | Bez oceny - wymóg |  |
| 11. | * 1. Szczyty łóżka wyjmowane od strony nóg i głowy z elementem kolorystycznym umożliwiające łatwy dostęp do pacjenta bez konieczności użycia narzędzi bądź zdjęcia blokad.
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 12. | Sterowanie elektryczne przy pomocy:- zintegrowanego sterowania w barierkach bocznych zarówno od strony wewnętrznej dla pacjenta jak i zewnętrznej dla personelu med.- sterowanie za pomocą panelu sterowniczego głównego dla personelu med. montowanego na szczycie od strony nóg posiadającego piktogramy pozwalające na łatwą identyfikację funkcji wykonywanej za pomocą konkretnego przycisku- pilota przewodowego dla pacjenta zawieszanego na poręczy bocznej z funkcjami: regulacja segm. pleców i nóg, autokontur, regulacja wysokości. | Bez oceny – wymóg |  |
| 13. | * 1. Regulacja elektryczna wysokości leża, w zakresie 370 mm do 750mm (+/- 30 mm) gwarantująca bezpieczne opuszczanie łóżka i zapobiegająca „zeskakiwaniu z łóżka”
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 14. | * 1. Wskaźnik najniższego położenia leża w postaci diody LED na sterownikach wbudowanych w barierki boczne od strony zewnętrznej.
 | TAK – 10 pktNIE – 0 pkt |  |
| 15. | * 1. Regulacja elektryczna części plecowej w zakresie 0-60° +/- 5°
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 16. | * 1. Leże w sekcji pleców przezierne dla promieni RTG, z uchwytem na kasetę.
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 17. | * 1. Regulacja elektryczna części nożnej w zakresie 0-30° +/- 5°
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 18. | * 1. Regulacja manualna sekcji podparcia podudzi
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 19. | * 1. System podwójnej autoregresji przy podnoszeniu segmentów pleców (min.10 cm) i nóg (min.5 cm)
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 20. | * 1. Regulacja elektryczna funkcji autokontur, sterowanie przy pomocy jednego przycisku na panelu sterowniczym dla personelu med. montowanego na szczycie łóżka od strony nóg oraz na sterownikach wbudowanych w barierki boczne od strony wewnętrznej
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 21. | * 1. Regulacja elektryczna pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga min.12°– sterowanie na panelu sterowniczym montowanego na szczycie łóżka od strony nóg oraz na sterownikach wbudowanych w barierki boczne od strony zewnętrznej
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 22. | * 1. Regulacja elektryczna do pozycji krzesła kardiologicznego – sterowanie przy pomocy jednego oznaczonego odpowiednim piktogramem przycisku na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg oraz na sterownikach wbudowanych w barierki boczne od strony wewnętrznej
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 23. | * 1. Elektryczna funkcja CPR - sterowanie przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg oraz na sterownikach wbudowanych w barierki boczne od strony zewnętrznej(wymaga się sterowania elektrycznej funkcji CPR przy pomocy jednego przycisku jednoczasowo oraz bez kombinacji z innymi przyciskami funkcyjnymi)
 | TAK – 10 pktNIE – 0 pkt |  |
| 24. | * 1. Elektryczna funkcja CPR oraz elektryczna funkcja naczyniowa (antyszokowa), oznaczone odrębnymi kolorami i odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg oraz na sterownikach wbudowanych w barierki boczne od strony zewnętrznej. Obie funkcje omijają blokadę sterowania.
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 25. | * 1. Elektryczna pozycja egzaminacyjna, do badań, sterowanie przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg oraz na sterownikach wbudowanych w barierki boczne od strony zewnętrznej
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 26. | * 1. Elektryczna dedykowana pozycja ułatwiająca wejście i zejście z łóżka pacjentowi, przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg oraz na sterownikach wbudowanych w barierki boczne od strony wewnętrznej
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 27. | Blokada funkcji elektrycznych (na panelu sterowniczym) dla poszczególnych regulacji:- regulacji wysokości- regulacji części plecowej- regulacji części nożnej* 1. Zablokowane funkcje widoczne na panelach w poręczach bocznych (zew. i wew.) za pomocą sygnalizacji diodowej LED.
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 28. | Elektryczna i mechaniczna funkcja CPR. | Bez oceny – wymóg |  |
| 29. | * 1. Mechaniczna funkcja CPR umożliwiająca natychmiastowe opuszczenie segmentu oparcia, dostępna z obu stron wezgłowia łóżka. Funkcja musi być łatwo dostępna bez względu na pozycję barierek bocznych (opuszczone czy podniesione).
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 30. | * 1. Wskaźnik naładowania baterii widoczny w panelach sterowania wbudowanych w poręczach bocznych (zew.) oraz na panelu sterowniczym dla personelu med.
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 31. | * 1. Podwójne koła z centralnym systemem hamulcowym.
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 32. | * 1. Łóżko wyposażone w piąte koło kierunkowe.
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 33. | * 1. Centralna blokada wszystkich kół jednocześnie, dźwignie hamulców i jazdy z wszystkich 4 stron kół z kolorystycznym oznaczeniem funkcji dźwigni.
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 34. | * 1. Podwójne koła o średnicy min. 150mm bez widocznej metalowej osi obrotu zaopatrzone w osłony zabezpieczające mechanizm kół przed zanieczyszczeniem gwarantujące doskonałą mobilność łóżka.
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 35. | * 1. Łóżko wyposażone w dzielone barierki boczne, zabezpieczające pacjenta na całej długości leża. Wbudowane wizualne wskaźniki kąta nachylenia segmentu oparcia do 90° oraz kąta nachylenia ramy łóżka do 15°.
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 36. | * 1. Barierki boczne składane, ze wspomaganiem gazowym, samoblokujące się, opuszczane pod leże, poniżej wysokości materaca.
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 37. | * 1. Zintegrowane sterowanie w barierkach umieszczone po wewnętrznej jak i zewnętrznej stronie (dla personelu jak i dla pacjenta). Sterowanie w części barierki od strony głowy na wysokości wzroku leżącego pacjenta z dużymi wyraźnymi piktogramami w celu łatwej identyfikacji regulacji.
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 38. | * 1. Barierki tworzywowe poruszające się wraz z segmentami leża – zabezpieczające również w pozycji siedzącej.
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 39. | * 1. Barierki boczne z wyprofilowanymi uchwytami mogącymi służyć jako podparcie dla pacjenta podczas wstawania, na każdej z barierek przynajmniej dwa miejsca stabilnego uchwytu pozwalające na chwycenie jej obiema rękami na raz.
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 40. | * 1. 4 kółka odbojowe w narożach łóżka chroniące przed uszkodzeniami
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 41. | * 1. Uchwyty obejmujące materac, po każdej ze stron, zapobiegają przesuwaniu się materaca po płycie leża, min.3 po każdej ze stron.
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 42. | * 1. Podświetlenie leża
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 43. | * 1. Uchwyt z 4 haczykami na worki urologiczne umiejscowiony z obu stron leża, bezpieczne obciążenie robocze min.2kg
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 44. | * 1. Możliwość wyboru elementów kolorystycznych łóżka min. 6 kolorów
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 45. | * 1. Łóżko posiadające wysuwaną spod leża półkę (np. do odkładania pościeli lub chowania centralnego panelu sterowniczego), udźwig min.15kg.
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 46. | * 1. Łóżko wyposażone w materac wodoodporny, paro przepuszczalny, przygotowany pod wymiar łóżka, nadający się do prania i dezynfekcji. Grubość materaca min. 12 cm.
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 47. | * 1. Pokrowiec na materac paroprzepuszczalny, wodoszczelny, wykonany z poliestru z wodoszczelną, paroprzepuszczalną i antyalergiczną powłoką poliuretanową, nadający się do prania w temperaturze do 95 °C.
 | Bez oceny – wymóg |  |
| **III.** | * 1. **Warunki gwarancji i serwisu**
 |  |  |
| 1. | * 1. Okres pełnej, bez wyłączeń gwarancji dla wszystkich zaoferowanych elementów, liczony od daty obustronnego podpisania „Protokołu zdawczo-odbiorczego z dostawy i odbioru sprzętu” bez uwag min. 24 miesiące
 | Bez oceny – wymógPodać ilość miesięcy |  |
| 2. | * 1. Zabezpieczenie serwisu w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym oraz zagwarantowanie dostępności części zamiennych przez minimum 10 lat od daty dostawy. Obsługa serwisowa na terenie Polski
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 3. | * 1. Opieka aplikacyjna w czasie użytkowania urządzenia na żądanie Zamawiającego, bezpłatne aktualizacje oprogramowania – jeśli dotyczy
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 4. | * 1. Bezpłatne szkolenie personelu Zamawiającego w zakresie obsługi i konserwacji urządzenia, pozwalające na samodzielne podjęcie pracy na danym urządzeniu, w terminie uzgodnionym z Zamawiającym; szkolenie powinno zostać potwierdzone zaświadczeniem/certyfikatem
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 5. | * 1. Bezpłatny serwis oraz naprawy gwarancyjne w okresie gwarancji, w tym przeglądy z częstotliwością zalecaną przez producenta urządzenia oraz dodatkowo przegląd w ostatnim miesiącu obowiązywania gwarancji; serwis świadczony będzie w miejscu użytkowania urządzenia w siedzibie Zamawiającego. Koszty dojazdu do i z miejsca użytkowania urządzenia oraz koszty części zamiennych, pakietów naprawczych itp. elementów zużywalnych, w okresie gwarancyjnym pokrywa Wykonawca
 | Bez oceny – wymóg podać zalecaną przez producenta częstość przeglądów |  |
| 6. | * 1. Zapewnienie możliwości całodobowego przyjmowania zgłoszeń o awarii / usterce
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 7. | * 1. Czas reakcji serwisu do 24 godzin od momentu zgłoszenia awarii / usterki
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 8. | * 1. Całkowite usunięcie awarii / usterki do 48 godzin w dni robocze od zgłoszenia, w przypadku dłuższej naprawy konieczność dostarczenia urządzenia zastępczego; w przypadku 3-krotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu lub podzespołu, wymiana tego elementu lub podzespołu na oryginalnie nowy
 | Bez oceny – wymóg |  |
|  | * 1. **Pozostałe wymagania**
 |  |  |
| 9. | * 1. Urządzenie i jego części składowe w pełni sprawne, fabrycznie nowe, nieużywane, kompletne, nierekondycjonowane, posiadające niezbędne instrukcje, paszporty techniczne, gwarancje i dokumentację w języku polskim
 | Bez oceny – wymóg |  |
| 10. | Termin dostawy maksymalnie 2 miesiące od podpisania umowy z usługą wniesienia | Bez oceny – wymóg, podać |  |
| 11. | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej, karta eksploatacji sprzętu, karta gwarancyjna dołączone do dostawy | Bez oceny – wymóg |  |

Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie będzie skutkowało odrzuceniem oferty. Kolumna „Parametr oferowany” musi być wypełniona.

**UWAGA!**

Wszystkie parametry techniczne oferowanego urządzenia należy potwierdzić poprzez zaznaczenie w dołączonym do oferty katalogu/ folderze lub innym równoważnym dokumencie. Zamawiający zaleca, aby celem identyfikacji, przy każdym zaznaczeniu Wykonawca podał nr pozycji z Zestawienia. W przypadku, gdy oryginalny dokument producenta jest w innym języku niż język polski, należy dołączyć tłumaczenie. Zamawiający oczekuje potwierdzenia w dokumentach typu katalog firmowy/dokumentacja techniczna jedynie parametrów technicznych określonych Załączniku nr 4 do SWZ. W przypadku, kiedy dokument typu katalog firmowy/dokumentacja techniczna nie zawiera opisu wszystkich parametrów wymaganych przez Zamawiającego, Zamawiający dopuszcza złożenie oświadczenia producenta lub autoryzowanego dystrybutora producenta, potwierdzającego spełnienie parametrów technicznych nie wyszczególnionych w katalogach firmowych.

**UWAGA: Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych MUSI być podpisane kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy. Zaleca się, aby przy podpisywaniu podpisem kwalifikowanym zaznaczyć opcję widoczności podpisu.**