**DZP/TP/42/2025 Załącznik nr 2 do SWZ**

**SPECYFIKACJA TECHNICZNA/FORMULARZ WYMAGAŃ SZCZEGÓŁOWYCH**

**dot. dostawy mebli medycznych dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu**

**1. Leżanka elektryczna m.in. dla pacjentów z niepełnosprawnościami**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Producent | Tak, podać |
| 2 | Nazwa / Typ (model) | Tak, podać |
| 3 | Kraj pochodzenia | Tak, podać |
| 4 | Leżanka fabrycznie nowa, wyprodukowana nie wcześniej niż w 2024 roku | Tak, podać |
| 5 | Elektrycznie regulowana leżanka przeznaczona jest zarówno dla dorosłych jak i dla dzieci | Tak |
| 6 | Leżanka regulowana elektrycznie | Tak |
| 7 | Leżanka wykonana jest z profili stalowych, pokrytych lakierem proszkowym, odpornym na promieniowanie UV, uszkodzenia mechaniczne i środki dezynfekcyjno-myjące | Tak |
| 8 | Leżanka 2- segmentowa | Tak |
| 9 | Zagłówek bez otworu | Tak |
| 10 | Regulacja wysokości leża realizowana jest za pomocą silnika elektrycznego, sterowana pilotem na kablu | Tak |
| 11 | Regulacja kąta pochylenia segmentu zagłówka w leżance odbywa się za pomocą sprężyny gazowej | Tak |
| 12 | Tapicerka leżanki – zarówno segmentu stałego jak również zagłówka tapicerowana bezszwowo | Tak |
| 13 | Materiał tapicerki - tkanina 100% poliester, posiadająca właściwości antybakteryjne i antygrzybiczne, można ją dezynfekować środkami na bazie amoniaku, chloru, alkoholu lub równoważnymi | Tak, podać |
| 14 | Kolor tapicerki – do wyboru przez Zamawiającego z palety min. 5 kolorów, w tym ciemny granat | Tak |
| 15 | Leżanka musi być wyrobem medycznym | Tak |
| 16 | Posiada Certyfikat CE lub równoważny | Tak, podać |
| 17 | Wymiary:Wysokość minimalna 450 mm (+/- 20mm)Wysokość maksymalna 950 mm (+/- 20mm)Długość całkowita 1950 mm (+/- 20mm)Szerokość leża 800 mm (+/- 20mm)Szerokość całkowita 800 mm (+/- 20mm) | Tak, podać |
| 18 | Minimalne dopuszczalne obciążenie 200 kg | Tak, podać |
| 19 | Zakres kątowej regulacji podgłówka od - 80° do + 45° (+/- 2°) | Tak, podać |
| 20 | Bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji zgodnie zaleceniami producenta, ale nie rzadziej niż 1 raz w każdym roku kalendarzowym. Obowiązek terminowego wykonania przeglądu leży po stronie Wykonawcy. Zamawiający nie ma obowiązku informowania Wykonawcy o upływającym terminie | Tak |
| 21 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |
| 22 | Punkty serwisowe (min. jeden) w okresie gwarancji i po gwarancji | Tak, podać |
| 23 | W cenie szkolenie personelu | Tak |
| 24 | W cenie wniesienie w miejsce wskazane przez Zamawiającego, montaż (jeśli potrzebny), uruchomienie  | Tak |

**2. Fotel do pobierania krwi m.in. dla pacjentów z niepełnosprawnościami**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **PARAMETR OFEROWANY** |
| 1 | Producent  | Tak, podać |
| 2 | Nazwa/Typ (model) | Tak, podać |
| 3 | Kraj pochodzenia | Tak, podać |
| 4 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min 2024 | Tak, podać |
| 5 | Czterosegmentowa powierzchnia robocza zapewnia komfort pacjenta podczas pobierania krwi. | Tak |
| 6 | W standardzie podstawa jezdna (kółka z hamulcami, z tworzywa nierysującego powierzchnię). | Tak |
| 7 | System regulacji za pomocą pilota ręcznego na kablu | Tak |
| 8 | Regulacja wysokości elektromechaniczna 510-710mm (+/- 20mm) | Tak, podać |
| 9 | Regulacja segmentu pleców manualna za pomocą sprężyny gazowejod +17° do +96° (+/- 2°) | Tak, podać |
| 10 | Regulacja segmentu głowy manualna od +20° do -45° (+/- 2°) | Tak, podać |
| 11 | Regulacja segmentu nożnego manualna od 0° do -90° (+/- 2°) | Tak, podać |
| 12 | Szerokość powierzchni roboczej siedziska 500mm (+/- 20mm) | Tak, podać |
| 13 | Fotel wyposażony w poliuretanowe podpórki ręki umożliwiające pobranie krwi w pozycji siedzącej i leżącej, 2 szt, prawa i lewa | Tak |
| 14 | Długość fotela w pozycji leżanki 1800 mm (+/- 20mm) | Tak, podać |
| 15 | Fotel musi umożliwiać uzyskanie pozycji krzesła jak i leżanki zabiegowej. | Tak |
| 16 | Fotel we wszystkich segmentach tapicerowany bezszwowo | Tak |
| 17 | Materiał tapicerki - tkanina 100% poliester, posiadająca właściwości antybakteryjne i antygrzybiczne, można ją dezynfekować środkami na bazie amoniaku, chloru, alkoholu lub równoważnymi | Tak, podać |
| 18 | Kolor tapicerki – do wyboru przez Zamawiającego z palety min. 5 kolorów, w tym ciemny granat | Tak |
| 19 | Fotel musi być wyrobem medycznym | Tak |
| 20 | Posiada Certyfikat CE lub równoważny | Tak, podać |
| 21 | Minimalne dopuszczalne obciążenie 180 kg | Tak, podać |
| 22 | Bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji zgodnie zaleceniami producenta, ale nie rzadziej niż 1 raz w każdym roku kalendarzowym. Obowiązek terminowego wykonania przeglądu leży po stronie Wykonawcy. Zamawiający nie ma obowiązku informowania Wykonawcy o upływającym terminie | Tak |
| 23 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |
| 24 | Punkty serwisowe (min. jeden) w okresie gwarancji i po gwarancji | Tak, podać |
| 25 | W cenie szkolenie personelu | Tak |
| 26 | W cenie wniesienie w miejsce wskazane przez Zamawiającego, montaż (jeśli potrzebny), uruchomienie | Tak |

**UWAGA:**

Wykonawca wypełnia powyższą tabelę, w kolumnie „Parametr oferowany” zaznacza właściwą odpowiedź oraz uzupełnia dane charakteryzujące oferowany asortyment.

 *Proszę podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

*lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym Wykonawcy*