Zadanie realizowane w ramach: **„U M O W Y nr DOI/FM/SIS/9/305/388/2023 na udzielenie dotacji celowej na finansowanie/dofinansowanie realizacji programu inwestycyjnego pn. „Przebudowa i doposażenie Uniwersyteckiego Centrum Pediatrii im. M. Konopnickiej oraz Ponadregionalnego Ośrodka Onkologii Dziecięcej” w Centralnym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi przy ul. Pomorskiej 251**

**„Dostawa aparatury i wyposażenia medycznego w ramach zdania pn.: „Przebudowa i doposażenie Uniwersyteckiego Centrum Pediatrii im. M. Konopnickiej oraz Ponadregionalnego Ośrodka Onkologii Dziecięcej” dla SP ZOZ CSK UM w Łodzi**

**ZP/164/2024**

**Załącznik nr 2 - Pakiet Nr 5**

Fotel do pobierania krwi – 1 szt.

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry i warunki techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane określa Wykonawca** |
|  | **I. Wymagania Ogólne** |  |  |
| 1 | Nazwa Urządzenia | Podać |  |
| 2 | Typ Urządzenia | Podać |  |
| 3 | Producent | Podać |  |
| 4 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 5 | Rok produkcji 2024, urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane | TAK |  |
| 6 | Aktualne dokumenty potwierdzające, że zaoferowany przez wykonawcę sprzęt jest dopuszczony do użytku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (deklaracja zgodności i oznakowanie znakiem CE), tzn. ,że oferowany sprzęt posiada wymogi określone w Ustawie z dnia 07.04.2022 r. o wyrobach medycznych (DZ.U 2022 poz. 974) oraz dyrektywami Unii Europejskiej | TAK |  |
| 7 | Klasyfikacja zgodna z normą IEC/EN 60601-1, ochrona przed porażeniem prądem lub równoważna | Tak |  |
|  | **II. Parametry techniczne urządzenia** |  |  |
| 1 | Elektryczna regulacja oparcia pleców | Tak /Podać |  |
| 2 | Obustronne podłokietniki | Tak /Podać |  |
| 3 | Regulacja podłokietników | Tak /Podać |  |
| 4 | Blat zabiegowy | Tak /Podać |  |
| 5 | Regulowany podnóżek | Tak /Podać |  |
| 6 | Kółka w podstawie z hamulcem | Tak /Podać |  |
| 7 | Maksymalne obciążenie 150 kg | Tak /Podać |  |
| 8 | Konstrukcja stalowa lakierowana proszkowo (powłoka antybakteryjna) | Tak /Podać |  |
| 9 | Wymiary 101 x 54 x 81 (wysokość X szerokość X głębokość) | Tak /Podać |  |
| 10 | Zakres regulacji oparcia pleców 0-85° | Tak /Podać |  |
| 11 | Wysokość siedziska od podłoża 50 cm | Tak /Podać |  |
| 12 | Podgłówek tapicerowany z regulacją | Tak /Podać |  |
| 13 | Zakres regulacji podłokietników – wysokość 25 cm | Tak /Podać |  |
| 14 | Zakres regulacji podłokietników - obrót w poziomie +/-90° | Tak /Podać |  |
| 15 | Elektryczna regulacja podnóżka | Tak /Podać |  |
| 16 | Zakres regulacji podnóżka 0-85° | Tak /Podać |  |
| 17 | Waga 35 kg | Tak /Podać |  |
| 18 | Zasilanie AC | 220-230 V | 50-60 Hz | Tak /Podać |  |
| 19 | Minimum 10 kolorów tapicerowanych elementów do wyboru | Tak /Podać |  |
| 20 | Obicie łatwe do czyszczenia i odporne za środki dezynfekcyjne | Tak /Podać |  |
| 21 | Przewodowy pilot ręczny | Tak |  |
|  | **III. Informacje dodatkowe - warunki gwarancji i serwisu** |  |  |
| 1 | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 m-ce)  Wyklucza się możliwość oferowania ubezpieczenia lub kontraktu serwisowego. Karta gwarancyjna. *Dostarczyć wraz z dostawą przedmiotu zamówienia* | Tak, podać  Tak |  |
| 2 | Czas podjęcia naprawy przez serwis max 48h od momentu zgłoszenia | Tak, podać |  |
| 3 | Zapewnienie dostępności części zamiennych przez min. 10 lat od daty dostawy i instalacji systemu w siedzibie użytkownika | Tak, podać |  |
| 4 | Instrukcja w języku polskim, w formie wydrukowanej i wersji elektronicznej na płycie CD lub PenDrive. *Dostarczyć wraz z dostawą przedmiotu zamówienia* | Tak |  |
| 5 | Bezpłatne szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi aparatu przeprowadzone w siedzibie Zamawiającego | Tak, podać |  |
| 6 | Liczba napraw uprawniających do wymiany urządzenia na nowe  (3 naprawy tego samego modułu) | Tak, podać |  |
| 7 | Serwis na terenie Polski | Tak, podać |  |
| 8 | Paszport techniczny. *Dostarczyć wraz z dostawą przedmiotu zamówienia* | Tak |  |
| 9 | Aktualne świadectwo legalizacji. *Dostarczyć wraz z dostawą przedmiotu zamówienia* | Tak |  |

**Uwaga:   
1. Parametry techniczne graniczne stanowią wymagania - nie spełnienie choćby jednego z w/w wymogów spowoduje odrzucenie oferty.  
2. Zamawiający zastrzega sobie możliwość zażądania potwierdzenia wiarygodności przedstawionych przez Wykonawcę danych we wszystkich dostępnych źródłach w tym u producenta.**

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

data i podpis