**Pakiet nr 11 – zakup wraz z dostawą 4 szt. foteli ginekologicznych dla Oddziału Ginekologiczno-Położniczego**

1. **Fotel ginekologiczny diagnostyczny – 3 sztuki**

**Producent:** …………………………………………………………………………………………………….……

**Nazwa i typ:** ………………………………………………………………………………………………………..

**Rok produkcji: 2017**

**Urządzenie fabrycznie nowe: TAK**

**Kraj produkcji: ……………………………………..**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Parametr/Warunek/Wartość Graniczna** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane** |
|  | Siedzisko, sekcja pleców oraz sekcja głowy wyłożone wygodnym materacem w ergonomicznym kształcie. Materace klejone bezszwowo z możliwością wymiany całych paneli. | TAK |  |
|  | Regulacja wysokości i pochylenia fotela za pomocą jednego siłownika elektrycznego | TAK |  |
|  | Podstawa fotela umożliwiająca stabilną pracę o wymiarach 960 x 565 mm ±50mm | TAK |  |
|  | Szerokość siedziska: min.565 mm  Szerokość sekcji pleców: min 695 mm | TAK, podać |  |
|  | Maksymalne bezpieczne obciążenie fotela min.180 kg | TAK, podać |  |
|  | Powierzchnia materacy łatwa w czyszczeniu, dostępna w szerokiej palecie kolorów. Minimum 18 kolorów. | TAK |  |
|  | Możliwość szybkiej zmiany pozycji fotela przy pomocy panelu nożnego. | TAK |  |
|  | Łagodny start oraz ergonomiczne ruchy fotela podczas zmiany pozycji | TAK |  |
|  | Regulacja wysokości siedziska w zakresie 575mm-1320mm ±50mm za pomocą pozycji Trendelenburga | TAK, podać |  |
|  | Najniższa pozycja siedziska maksimum 575mm | TAK, podać |  |
|  | Pozycja startowa fotela umożliwia pacjentce łatwe zajęcie miejsca bez potrzeby stosowania podnóżka | TAK |  |
|  | Możliwość ustawienia elektrycznego ustawienia pozycji Trendelenburga/ Antytrendelenburga | TAK, podać |  |
|  | Nożny panel sterujący obsługujący wszystkie funkcje fotela | TAK |  |
|  | Zasilanie fotela 230V, 50Hz, maks. 0,3kW, kabel zasilający 3 m | TAK |  |
|  | Możliwość mocowania rolki z prześcieradłem jednorazowym pod pokrywą sekcji pleców | TAK |  |
|  | Możliwość demontażu siedziska w celu łatwiejszego czyszczenia | TAK |  |
|  | Podpory pod nogi pacjentki typu Goepel mocowane do szyn z boku fotela | TAK |  |
|  | Miska ze stali nierdzewnej o głębokości minimum 65mm | TAK |  |
|  | Podgłówek dla pacjentki | TAK |  |
|  | Waga netto fotela bez akcesoriów: do 100 kg | TAK, podać |  |
|  | Podwójne kółka o średnicy minimum 75mm z blokadą | TAK |  |
|  | Taboret dla lekarza na kółkach z ręczna regulacją wysokości. Kolor obicia siedziska taki sam jak kolor tapicerki fotela | TAK |  |
|  | Szeroka paleta kolorów tapicerki min 16 kolorów. | TAK |  |
| **Warunki gwarancji** | | | | |
| 1. | Okres gwarancji -minimum 24 miesiące liczony od momentu uruchomienia systemu. Gwarancja min. 12 miesięcy na akcesoria (z wyłączeniem przypadków naturalnego zużycia). | Tak, podać |  | |
| 2. | Czas reakcji od momentu zgłoszenia usterki i przyjazdu serwisu max 24godziny, wyłączając dni ustawowo wolne od pracy | Tak |  | |
| 3. | Maksymalny czas usunięcia usterki od momentu zdiagnozowania , gdy zachodzi konieczność sprowadzania części zamiennych 10 dni wyłączjąc dni wolne ustawowo od pracy. | Tak |  | |
| 4. | Czas naprawy gwarancyjnej przedłużający okres gwarancji liczony od momentu zgłoszenia. | Tak |  | |
| 5. | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy 3-naprawy | Tak |  | |
| 6. | Czas usunięcia usterki nie wymagający wymiany podzespołów nie wliczając godzin zawartych w dniach ustawowo wolnych max 48 godzin | Tak |  | |
| 7. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski, w tym ich lokalizacja, wykaz punktów serwisowych w Polsce, ich lokalizacja (Proszę podać lub wskazać na odpowiedni dokument załączony do oferty) | Tak |  | |
| 8. | Adres najbliższego serwisu | Tak podać |  | |
| 9. | Numer telefonu i faksu na który mają być zgłaszane awarie | Tak, podać |  | |
| 10. | Minimum jeden bezpłatny przegląd techniczny w ciągu roku na całość zamówienia w okresie trwania gwarancji plus jeden w ostatnim miesiącu trwania okresu gwarancyjnego. | Tak |  | |
| **Serwis pogwarancyjny** | | | | |
| 11. | Czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia usterki odrębnym zleceniem min. 48godzin | Tak |  | |

1. **Fotel ginekologiczny zabiegowy – 1 sztuka**

**Producent:** …………………………………………………………………………………………………….……

**Nazwa i typ:** ………………………………………………………………………………………………………..

**Rok produkcji: 2017**

**Urządzenie fabrycznie nowe: TAK**

**Kraj produkcji ………………………………………..**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Parametr/Warunek/Wartość Graniczna** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane** | |
|  | Siedzisko, sekcja pleców oraz sekcja głowy wyłożone wygodnym materacem w ergonomicznym kształcie. Materace klejone bezszwowo z możliwością wymiany całych paneli. | TAK |  | |
|  | Podstawa fotela umożliwiająca stabilną pracę o wymiarach 1055 x 575 mm ±100mm | TAK |  | |
|  | Szerokość siedziska: min.585 mm ± 20mm  Szerokość sekcji pleców: min 560 mm ± 20mm | TAK, podać |  | |
|  | Długość fotela w pozycji horyzontalnej. min 1260 mm |  |  | |
|  | Maksymalne bezpieczne obciążenie fotela  min.190 kg | TAK, podać |  | |
|  | Powierzchnia materacy łatwa w czyszczeniu, dostępna w szerokiej palecie kolorów. Minimum 18 kolorów. | TAK |  | |
|  | Elektryczna regulacja wysokości fotela, kąta nachylenia siedziska oraz kąta nachylenia oparcia | TAK |  | |
|  | Możliwość szybkiej zmiany pozycji fotela przy pomocy panelu nożnego i pilota ręcznego. | TAK |  | |
|  | Pamięć 8 pozycji fotela, pozycje definiowane przez użytkownika | TAK |  | |
|  | Łagodny start oraz ergonomiczne ruchy fotela podczas zmiany pozycji | TAK |  | |
|  | Regulacja wysokości w zakresie 600mm-900mm ±50mm dzięki kolumnie teleskopowej | TAK, podać |  | |
|  | Najniższa pozycja siedziska maksimum 550mm | TAK, podać |  | |
|  | Elektryczna regulacja pochylenia sekcji pleców w zakresie min. 0 - 50° | TAK, podać |  | |
|  | Pozycja startowa fotela umożliwia pacjentce łatwe zajęcie miejsca bez potrzeby stosowania podnóżka | TAK |  | |
|  | Możliwość ustawienia elektrycznego ustawienia pozycji Trendelenburga/ Antytrendelenburga +/-19° | TAK, podać |  | |
|  | Zasilanie fotela 230V, 50Hz, maks. 0,45kW, przewód zasilający 3 m | TAK |  | |
|  | Możliwość mocowania rolki z prześcieradłem jednorazowym pod pokrywą sekcji pleców | TAK |  | |
|  | Możliwość demontażu siedziska w celu łatwiejszego czyszczenia | TAK |  | |
|  | Szyny boczne zamontowane po obu stronach fotela w sekcji oparcia | TAK |  | |
|  | Podpory pod nogi pacjentki typu Goepel | TAK |  | |
|  | Miska ze stali nierdzewnej o głębokości minimum 65mm | TAK |  | |
|  | Dwa gniazda zasilające w obudowie fotela zgodne z normą EN 60601-1 sterowane za pomocą pilota | TAK |  | |
|  | Waga netto fotela bez akcesoriów: do 170 kg | TAK, podać |  | |
|  | Płyta umożliwiająca ułożenie pacjentki w pozycji horyzontalnej – wysuwana spod siedziska. Długość minimum 330mm. | TAK |  | |
|  | Podpórka anestezjologiczna pod rękę pacjentki | TAK |  | |
|  | Powłoka ochronna na siedzisko z pcv – 2 sztuki | TAK |  | |
|  | Podnóżek dla lekarza ze stali nierdzewnej | TAK |  | |
|  | Podgłówek dla pacjentki w kolorze tapicerki fotela, demontowany. | TAK |  | |
|  | Taboret dla lekarza na kółkach z ręczna regulacją wysokości. Kolor obicia siedziska taki sam jak kolor tapicerki fotela | TAK |  | |
| **Warunki gwarancji** | | | |
| 1. | Okres gwarancji -minimum 24 miesiące liczony od momentu uruchomienia systemu. Gwarancja min. 12 miesięcy na akcesoria (z wyłączeniem przypadków naturalnego zużycia). | Tak, podać |  |
| 2. | Czas reakcji od momentu zgłoszenia usterki i przyjazdu serwisu max 24godziny, wyłączając dni ustawowo wolne od pracy | Tak |  |
| 3. | Maksymalny czas usunięcia usterki od momentu zdiagnozowania , gdy zachodzi konieczność sprowadzania części zamiennych 10 dni wyłączjąc dni wolne ustawowo od pracy. | Tak |  |
| 4. | Czas naprawy gwarancyjnej przedłużający okres gwarancji liczony od momentu zgłoszenia. | Tak |  |
| 5. | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy 3-naprawy | Tak |  |
| 6. | Czas usunięcia usterki nie wymagający wymiany podzespołów nie wliczając godzin zawartych w dniach ustawowo wolnych max 48 godzin | Tak |  |
| 7. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski, w tym ich lokalizacja, wykaz punktów serwisowych w Polsce, ich lokalizacja (Proszę podać lub wskazać na odpowiedni dokument załączony do oferty) | Tak |  |
| 8. | Adres najbliższego serwisu | Tak podać |  |
| 9. | Numer telefonu i faksu na który mają być zgłaszane awarie | Tak, podać |  |
| 10. | Minimum jeden bezpłatny przegląd techniczny w ciągu roku na całość zamówienia w okresie trwania gwarancji plus jeden w ostatnim miesiącu trwania okresu gwarancyjnego. | Tak |  |
| **Serwis pogwarancyjny** | | | |
| 11. | Czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia usterki odrębnym zleceniem min. 48godzin | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa | Liczba szt. | Cena netto 1 szt | Stawka VAT | Cena brutto 1 szt | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. **Fotel ginekologiczny diagnostyczny** | 3 szt |  |  |  |  |  |
| 1. **Fotel ginekologiczny zabiegowy** | 1 szt |  |  |  |  |  |
| SUMA | | | | |  |  |