

Wykonawca.....

 tel./ fax.

Samodzielny Publiczny Zespół
 Zakładów Opieki Zdrowotnej
 w Kozienicach
 Al. Wł. Sikorskiego 10
26 – 900 Kozienice

PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA (UMOWY)
zadanie Nr 8 – Stoły operacyjne wraz z wyposażeniem

L. p.	Przedmiot zamówienia	J. m.	Ilość	Cena jednostkowa*/ zł., gr.	Wartość netto zł., gr.	VAT %	Wartość brutto zł., gr.
1.	Stół operacyjny wraz z wyposażeniem	kpl.	2				
RAZEM						X	

*/ Cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty ponoszone przez Zamawiającego

Cena netto /wartość/ zadania Nr 8, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymizł
 (słownie zł:).

Cena brutto /wartość/ zadania Nr 8, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z % podatek VAT zł.
 (słownie zł:).

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

WYMAGANIA TECHNICZNE

Typ /model oferowanego sprzętu :

Producent:

Kraj produkcji:.....

Rok produkcji:

OPIS TECHNICZNO-JAKOŚCIOWY ZESTAWIENIE PARAMETRÓW GRANICZNYCH I OCENIANYCH

L. p.	Parametry wymagane	Jednostka/ wartość minimalna wymagana	Wartość oceniana/ punktacja	Parametr oferowany: Tak – należy potwierdzić Podać – należy opisać i podać nr strony w ofercie potwierdzającej zaoferowany parametr
Stół operacyjny wraz z wyposażeniem – 1 kpl.				
I. WYMAGANIA OGÓLE				
1	Stół operacyjny mobilny, z szerokimi, podwójnymi kołami o średnicy ≥ 150 mm. Centralna blokada kół. W pozycji zahamowanej stół musi stać na mechanicznie lub elektromechanicznie wysuwanych z podstawy nóżkach.	Tak/ Podać	X	
2	Blat w konfiguracji złożonej z następujących segmentów: - segment podglówka; - segment pleców; - segment lędźwiowy; - segment dzielonych podnóżków 4 częściowych z możliwością rozchylenia i łamania w kolanie	Tak/ Podać	X	
3	Zasilanie stołu akumulatorowe i sieciowe. Zasilacz sieciowy z funkcją ładowania akumulatorów w spoczynku lub/i w czasie pracy stołu zintegrowany w konstrukcji stołu (nie zewnętrzny)	Tak/ Podać	X	

4	Regulacja wysokości blatu stołu w zakresie ≤ 700 do ≥ 1120 mm.	Tak/ Podać	X	
5	Grubość materaca głównego stołu min. 50 mm o właściwościach przeciwdleżynowych i antystatycznych mocowanych na zaczepy (nie dopuszcza się mocowania materacy na rzepy)	Tak/ Podać	X	
6	Przesuw wzdłużny blatu manualny ≥ 250 mm.	Tak/ Podać	X	
7	Zakres przechyłów bocznych blatu $\geq 25^{\circ}$ w obie strony od poziomu	Tak/ Podać	X	
8	Zakres przechyłu blatu w pozycji Trendelenburga/ Antytrendelenburga $35^{\circ}, \pm 5^{\circ}$	Tak/ Podać	X	
9	Całkowita szerokość blatu 590 mm (+/- 10 mm)	Tak/ Podać	X	
10	Minimalna lista funkcji stołu obsługiwanych za pomocą pilota poprzez napęd elektromechaniczny : - regulacja wysokości, - pozycja Trendelenburga / Antytrendelenburga, - przechyły boczne, - ustawienie pozycji standardowej	Tak/ Podać	X	
11	Możliwość obsługi funkcji stołu z panelu sterującego (pełniącego również rolę sterownika awaryjnego) umieszczonego na kolumnie stołu. Panel wyposażony w przyciski automatycznej interpretacji komend pilota w pozycji normalna/odwrócona. Panel zlokalizowany po prawej lub lewej stronie stołu patrząc w osi długiej (nie pod blatem).	Tak/ Podać	X	
12	Automatyczne zabezpieczenie przed niezamierzonym przechyłem blatu przy aktywacji panelu na kolumnie stołu poprzez konieczność przyciśnięcia jednocześnie dwóch przycisków celem aktywacji.	Tak/ Podać	X	
13	Regulacja segmentu nożnego w pionie min.+90 ⁰ , -90 ⁰	Tak/ Podać	X	
14	Regulacja wysokości i kąta podglówka min. +/- 55 ⁰	Tak/ Podać	X	
15	Regulacja kąta pochylenia płyty plecowej ze wspomaganie sprężyny gazowej +85 ⁰ /-40 ⁰ , $\pm 5^{\circ}$	Tak/ Podać	X	
16	Blaty pokryte materacami bezszwowymi przystosowanymi do dezynfekcji środkami dezynfekcyjnymi powierzchniowo czynnymi. Materace zintegrowane funkcjonalnie z konstrukcją stołu i możliwością	Tak/ Podać	X	

	odpinania o właściwościach przeciwodleżynowych. Nie dopuszcza się materacy żelowych jako substytutu materacy głównych stołu o właściwościach przeciwodleżynowych.			
17	Podstawa w kształcie litery U, umożliwiająca łatwy (bezkolizyjny) dostęp operatora do pola operacyjnego, w obrębie nóg pacjenta.	Tak/ Podać	X	
18	Napęd stołu elektromechaniczny z wewnętrzną ładowarką (nie dopuszcza się napędu elektrohydraulicznego).	Tak/ Podać	X	
19	Obciążalność stołu ≥ 225 kg,	Tak/ Podać	X	
20	Długość stołu z blatem min: 2050 mm	Tak/ Podać	X	
21	Pilot z sygnalizacją stanu naładowania akumulatorów.	Tak/ Podać	X	
22	Serwisowanie, przeprowadzanie testów okresowych przez modem	Tak/ Podać	X	
23	Przezierność blatu na całej długości dla promieniowania RTG (z uwzględnieniem przesuwu wzdłużnego). Bezwzględny brak poprzecznych elementów metalowych w poszczególnych segmentach stołu uniemożliwiających obrazowanie RTG			
24	Wszystkie elementy metalowe zewnętrzne blatów wykonane ze stali nierdzewnej kwasoodpornej (z wyłączeniem przegubów).			

II. WYPOSAŻENIE

1	<ul style="list-style-type: none"> - wieszak kroplówki - 1 szt - elastyczna ramka ekranu -1 szt - anestezjologiczna podpora pod rękę na podwójnym przegubie kulowym - 2 szt - podpora goepla - 2 szt - pas do mocowania pacjenta -1 szt - podpora boczna regulowana we wszystkich płaszczyznach na przegubach zębowych z wymiennymi poduszkami o różnych kształtach -3 szt - zacisk standardowy do szyny bocznej - 3 szt - podpora ramion – 1 kpl - podpora pod stopy -1 kpl - podpórka pod głowę typu podkowa, dwuczęściowa – 1 szt 	Tak/ Podać	X	
---	--	------------	---	--

III. GWARANCJA I SERWIS				
1	Okres gwarancji (24 m-ce, 36 m-cy, 48 m-cy – podać zaoferowany okres) – parametr podlegający ocenie.	Tak/ Podać	x	
2	Ilość przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania w okresie gwarancyjnym w celu zapewnienia sprawnej pracy sprzętu w okresie 1 roku. Koszt przeglądów w okresie gwarancji pokrywa Wykonawca.	Tak/Podać	x	
3	Ilość przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy sprzętu w okresie 1 roku	Tak/Podać	x	
4	Autoryzowany serwis na terenie kraju (podać kompletne dane teleadresowe) odpowiedzialny za dokonywanie napraw gwarancyjnych i okresowych przeglądów w okresie gwarancji.	Tak/ Podać	x	
5	Autoryzowany serwis na terenie kraju (podać kompletne dane teleadresowe) odpowiedzialny za dokonywanie napraw pogwarancyjnych i okresowych przeglądów w okresie pogwarancyjnym.	Tak/ Podać	x	
6	Świadectwo CE i Deklaracja Zgodności dla aparatu wraz z tłumaczeniem na język polski	Tak/ Podać	x	
7	Dokumentacja: instrukcja obsługi w języku polskim	Tak/ Podać	x	
8	Szkolenie pracowników w miejscu instalacji sprzętu w zakresie instrukcji obsługi.	Tak/ Podać	x	
9	Szkolenie personelu technicznego w zakresie: budowa i kontrola systemu, diagnostyka uszkodzeń w zakresie podstawowym, konserwacja systemu.	Tak/ Podać	x	

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

WYMAGANIA TECHNICZNE

Typ /model oferowanego sprzętu :

Producent:

Kraj produkcji:.....

Rok produkcji:

OPIS TECHNICZNO-JAKOŚCIOWY ZESTAWIENIE PARAMETRÓW GRANICZNYCH I OCENIANYCH

L. p.	Parametry wymagane	Jednostka/ wartość minimalna wymagana	Wartość oceniana/ punktacja	Parametr oferowany: Tak – należy potwierdzić Podać – należy opisać i podać nr strony w ofercie potwierdzającej zaoferowany parametr
Stół operacyjny wraz z wyposażeniem – 1 kpl.				
I. WYMAGANIA OGÓLE				
1	Stół operacyjny z blatem min 5 segmentowym: podglówek, płyta plecowa górna, płyta plecowa dolna, płyta siedzeniowa, podnózek dwuczęściowy rozchylany	Tak/ Podać	X	
2	Stół operacyjny mobilny z podwójnymi kołami o średnicy ≥ 150 mm z centralną blokadą kół. Centralna blokada kół w postaci elektromechanicznie wysuwanych nóżek, na których stół musi stać podczas zabiegu. Nóżki wysuwane pomiędzy podwójnymi kołami.	Tak/ Podać	X	
3	Napęd stołu elektromechaniczny	Tak/ Podać	X	

4	Podstawa stołu w kształcie litery U z możliwością swobodnego wsunięcia stóp przez operatora pod podstawę z każdej ze stron.	Tak/ Podać	X	
5	Stół wyposażony w zasilanie akumulatorowe i sieciowe	Tak/ Podać	X	
6	Zasilacz stołu (ładowarka) zintegrowany w podstawie stołu. Stół musi być podłączony bezpośrednio do szpitalnej instalacji 230V (nie dopuszcza się ładowarek/zasilaczy zewnętrznych)	Tak/ Podać	X	
7	Podstawa i rama blatu (wszystkie jej elementy metalowe) stołu wykonane ze stali nierdzewnej (z wyłączeniem elementów przegubów)	Tak/ Podać	X	
8	Blat stołu wyposażony w materace o właściwościach przeciwoślizgowych, zdejmowane, bez rzepów o grubości min. 50 mm. Blat przezierny dla promieniowania rtg na całej długości stołu, bez metalowych szyn poprzecznych.	Tak/ Podać	X	
9	Blat stołu modułowy z możliwością montażu płyty plecowej, podglówka, podnóżka i innych segmentów (np. z włókien węglowych) z obu stron stołu operacyjnego.	Tak/ Podać	X	
10	Obsługa funkcji stołu za pomocą pilota przewodowego: - regulacja wysokości - przechyły boczne - Trendelenburga / Antytrendelenburga, - pozycja flex/reflex - płyta nożna - płyta plecowa dolna - pozycja standardowa „0” - wysuwanie nóżek podwozia	Tak/ Podać	X	
11	Możliwość obsługi funkcji stołu z panelu sterującego (pełniącego również rolę sterownika awaryjnego) umieszczonego na kolumnie stołu. Wybór orientacji ułożenia pacjenta na panelu bocznym, poprzez wciśnięcie przycisku z podświetleniem wybranego ułożenia lub na pilocie	Tak/ Podać	X	
12	Kolumna wyposażona w panel do awaryjnego sterowania stołem zlokalizowanym na bocznej (lewej lub prawej w stosunku do osi głównej stołu) powierzchni kolumny stołu. W celu aktywowania danej funkcji z panelu wymagana jest konieczność naciśnięcia dwóch	Tak/ Podać	X	

	przycisków jednocześnie dla uniknięcia przypadkowej aktywacji panelu.			
13	Pilot przewodowy z sygnalizacją stanu naładowania akumulatorów.	Tak/ Podać	X	
14	Regulacja wysokości blatu w zakresie min. 700 mm -1050 mm	Tak/ Podać	X	
15	Całkowita szerokość blatu 580 mm (+/- 10 mm)	Tak/ Podać	X	
16	Przechyły boczne min. 20°	Tak/ Podać	X	
17	Przechyły Trendelenburga min. 30° ± 5°	Tak/ Podać	X	
18	Przechyły Antytrendelenburga min. 30° ± 5°	Tak/ Podać	X	
19	Przesuw wzdłużny blatu min. 250 mm	Tak/ Podać	X	
20	Podglówek regulowany w zakresie min. +/- 50°	Tak/ Podać	X	
21	Podnózek regulowany w zakresie min. + 90° /- 90° w płaszczyźnie góra dół.	Tak/ Podać	X	
22	Płyta plecowa dolna regulowana w zakresie min. +80°/- 40°	Tak/ Podać	X	
23	Płyta plecowa górna regulowana w zakresie min. +90°/- 40°	Tak/ Podać	X	
24	Stół przystosowany do zabiegów o obciążalności min. 440 kg	Tak/ Podać	X	

II. WYPOSAŻENIE

1	Zacisk - 2 szt.	Tak/ Podać	X	
2	Ekran anestezjologiczny 1 szt	Tak/ Podać	X	
3	Wieszak płynów infuzyjnych 1 szt.	Tak/ Podać	X	
4	Pas do mocowania pacjenta 1 szt.	Tak/ Podać	X	
5	Anestezjologiczna podpora ręki na podwójnym przegubie kulowym regulowana jednym uchwytem - 2 szt	Tak/ Podać	X	
6	Adapter podpory bocznej wraz z wymiennymi poduszkami – 3 szt.	Tak/ Podać	X	
7	Podpora nogi Goepla 1 szt.	Tak/ Podać	X	

8	Płyta do artroskopii barku wyposażona w regulowany uchwyt głowy typu hełm z odejmowanymi segmentami bocznymi - komplet	Tak/ Podać	X	
9	Stolik do chirurgii ręki przezierny niewymagający podparcia -1 szt.	Tak/ Podać	X	
10	Przedłużenie szyny bocznej 1 szt.	Tak/ Podać	X	
11	Kompletna przystawka ortopedyczna nie wymagająca podparcia wykonana z: -adapter przystawki montowany do blatu – 1 szt. -płyta biodrowa przezierna – 1 szt. -wałek zaporowy przystawki przezierny z materacem-1 szt. -ramiona przystawki z podwójnymi regulowanymi przegubami – 2 szt. -przedłużenie ramion przystawki – 1 szt. -segment trakcyjny regulowany na przegubie kulowym– 1 szt. -buty ortopedyczne przystawki – 2 szt. -adapter szyny bocznej montowany na ramię przystawki – 1 szt. -regulowany segment do gwoździowania kości piszczelowej wyposażony w wałek podkolanowy - komplet	Tak/ Podać	X	

III. GWARANCJA I SERWIS

1	Okres gwarancji (24 m-ce, 36 m-cy, 48 m-cy – podać zaoferowany okres) – parametr podlegający ocenie.	Tak/ Podać	x	
2	Ilość przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania w okresie gwarancyjnym w celu zapewnienia sprawnej pracy sprzętu w okresie 1 roku. Koszt przeglądów w okresie gwarancji pokrywa Wykonawca.	Tak/Podać	x	
3	Ilość przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy sprzętu w okresie 1 roku	Tak/Podać	x	
4	Autoryzowany serwis na terenie kraju (podać kompletne dane teleadresowe) odpowiedzialny za dokonywanie napraw gwarancyjnych i okresowych przeglądów w okresie gwarancji.	Tak/ Podać	x	
5	Autoryzowany serwis na terenie kraju (podać kompletne dane teleadresowe) odpowiedzialny za dokonywanie napraw pogwarancyjnych i okresowych przeglądów w okresie pogwarancyjnym.	Tak/ Podać	x	

6	Świadectwo CE i Deklaracja Zgodności dla aparatu wraz z tłumaczeniem na język polski	Tak/ Podać	x	
7	Dokumentacja: instrukcja obsługi w języku polskim	Tak/ Podać	x	
8	Szkolenie pracowników w miejscu instalacji sprzętu w zakresie instrukcji obsługi.	Tak/ Podać	x	
9	Szkolenie personelu technicznego w zakresie: budowa i kontrola systemu, diagnostyka uszkodzeń w zakresie podstawowym, konserwacja systemu.	Tak/ Podać	x	

1. Wymienione parametry i opisy są warunkami minimalnymi, w przypadku zaoferowania przez Wykonawcę wyższych parametrów należy wpisać ich wartości.
2. Wykonawca oświadcza, że oferowany sprzęt jest urządzeniem nowym, nie używanym, nie był przedmiotem wystaw i prezentacji, a po dostarczeniu i zamontowaniu przez Wykonawcę będzie służył zgodnie z przeznaczeniem bez dodatkowych nakładów ze strony Zamawiającego.
3. Oferowane wyposażenie jest w pełni kompatybilne ze sprzętem.
4. Nie spełnienie wymaganych powyżej parametrów minimalnych spowoduje odrzucenie oferty.

.....
Miejscowość

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć Wykonawcy