

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

ZADANIE II

Nazwa i typ oferowanego urządzenia:

Nazwa producenta:

Kraj produkcji:

Rok produkcji:

L.p.	Wymagane warunki i parametry	Wymóg	Oferowane warunki i parametry
I	STÓŁ OPERACYJNY		
1.	Stół przeznaczony do zabiegów operacyjnych w zakresie okulistyki, umożliwiający operacje z boku (operator ustawiony w 90° w stosunku do leżącego pacjenta)	TAK	
	Demontowalne podparcia rąk pacjenta z lewej i prawej strony stołu	TAK	
2.	Stół składany elektrycznie od pozycji siedzącej do pozycji leżącej, z możliwością zapamiętania co najmniej 5 pozycji pośrednich	TAK- PODAĆ	
3.	Podgłówek sterowany elektrycznie, umożliwiający usztywnienie pozycji głowy pacjenta podczas zabiegu – dokładna elektryczna regulacja odchylenia głowy pacjenta w osi pionowej od pozycji 0° do pozycji co najmniej +10° do góry ; od pozycji 0° do pozycji co najmniej -19° w dół. Dodatkowo elektryczna regulacja podgłówka w kierunku podparcia karku pacjenta w osi pionowej od pozycji 0° do min. +20° do góry	TAK - OPISAĆ	
4.	Regulacja elektryczna wzdłużna podgłówka – wysunięcie podgłówka w kierunku operatora w zakresie minimum 100 mm.	TAK	
5.	Regulacja elektryczna ruchu stołu góra / dół w zakresie 600-750 mm.	TAK	
6.	Poduszki bezszwowe pleców, siedzenia oraz podnóżka - demontowalne, łatwe w czyszczeniu i z możliwością wymiany na nowe.	TAK	
7.	Regulacja ruchu stołu góra / dół przez operatora za pomocą przycisków nożnych wmontowanych w podstawę stołu oznaczony "+" i "-"	TAK	
8.	Regulacja pozycji pacjenta – wysokości stołu, pozycji siedziska, części podpierającej plecy i nogi, pozycji Trendelenburga, realizowane przy pomocy pilota ręcznego.	TAK	
9.	Zapamiętywanie co najmniej 5 pozycji stołu wraz z	TAK	

	powrotem do pozycji wyjściowej jednym przyciskiem.		
10.	Możliwość niezależnego sterowania elektrycznego każdym segmentem osobno: oparciem, siedziskiem oraz podnóżkiem.	TAK	
11.	Wybór pozycji Trendelenburga jednym przyciskiem – odchylenie stołu do min -13°	TAK	
12.	Stół na podstawie jezdnej z centralną nożną blokadą kół, umożliwiającą zablokowanie pozycji stołu w miejscu operacyjnym, za pomocą jednego ruchu nogą.	TAK	
13.	Zakres zmiany wysokości stołu min. 150 mm	TAK	
14.	Szerokość stołu nie mniejsza niż 500 mm w sekcji nożnej i siedziska oraz nie mniejsza niż 900 mm w dolnej sekcji oparcia pleców (dopuszczalne zwężenie rozmiaru w kierunku głowy pacjenta)	TAK Podać	
15.	Bezszwowe obicie stołu operacyjnego – wybór co najmniej 4 kolorów obicia w tym:	TAK	
16.	Podstawa łatwo zmywalna, z co najmniej jednym kołem z blokadą kierunkową	TAK	
17.	Zasilanie akumulatorowe – umożliwiające bezprzewodową pracę bez doładowywania przez co najmniej 25 pełnych cykli pracy każdego elementu ruchomego stołu	TAK	
18.	Nośność min. 250 kg	TAK	
II.	FOTEL OPERATORA		
1.	Fotel operatora przeznaczony do zabiegów operacyjnych w zakresie okulistyki z elektryczną regulacją wysokości siedziska góra/dół	TAK	
2.	Fotel wyposażony w zasilanie sieciowe i akumulatorowe, umożliwiające bezprzewodową pracę na bloku operacyjnym	TAK	
3.	Podstawa jezdna, łatwo zmywalna, na trzech kołach z przyciskami sterowania ruchem góra/dół wmontowanymi w podstawę	TAK	
4.	Podstawa jezdna wyposażona w centralną blokadę jezdnię	TAK	
5.	Siedzisko profilowane z regulacją góra/dół w zakresie 550-710mm	TAK	
6.	Podparcie pleców operatora z dosuwaniem w kierunku odcinka lędźwiowego w zakresie min.50mm	TAK	
7.	Regulacja kąta nachylenia podparcia pleców w zakresie +/-15°	TAK	
8.	Regulacja podparcia pleców operatora w zakresie góra/dół min.50mm	TAK	
9.	Podłokietniki regulowane mechanicznie w zakresie góra/dół co najmniej 100mm i możliwością obrotu w osi 360°	TAK	

10.	Możliwość wykonania tapicerki fotela w co najmniej 4 kolorach	TAK	
<p>UWAGA: Nie spełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.</p> <p>Wszystkie parametry techniczne i warunki gwarancji oraz serwisu gwarancyjnego muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Wykonawca zobowiązuje się do zainstalowania ww. sprzętu oraz przeszkolenia personelu w zakresie jego obsługi, a w razie konieczności przeszkolenia personelu technicznego w zakresie obsługi technicznej.</p> <p>Podać nazwę punktu/-ów serwisowego/-ych w którym/-ch będą wykonywane naprawy gwarancyjne i pogwarancyjne:.....</p> <p>Oświadczamy, że oferowany powyżej sprzęt jest kompletny i będzie po zainstalowaniu gotów do podjęcia działalności, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.</p> <p>Wyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, nie były przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.</p>			

.....
(podpis Wykonawcy)