**Łóżko szpitalne sterowane elektrycznie**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pełna nazwa, typ lub model** |  |
| **Producent, podać pełną nazwę i adres** |  |
| **Rok produkcji 2018** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Warunek**  | **Parametr oferowany****Podać / opisać**  |
| **Łóżko szpitalne** |
| 1. | Łóżko sterowane pilotem przewodowym. Musi zapewniać elektryczną regulację Trendelenburga i Anty-Trendelenburga, regulację położenia części plecowej i nożnej oraz regulację wysokości leża.  | TAK |  |
| 2. | Konstrukcja ramy leża ze stali pokrytej lakierem proszkowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV, przystosowana do dezynfekcji środkami dopuszczonymi do używania w szpitalach. | TAK |  |
| 3. | Długość min. 2150mm, max. 2200mm. |  PODAĆ |  |
| 4. | Szerokość min. 950mm, max. 990mm. |  PODAĆ |  |
| 5. | Ciężar łóżka bez akcesoriów max. 150kg. |  PODAĆ |  |
| 6. | Dopuszczalne maksymalne obciążenie do 250kg. |  PODAĆ |  |
| 7. | Leże 4- sekcyjne, pokryte panelami z tworzywa typu ABS lub polipropylenu z otworami, z tego min. 3 segmenty ruchome. | TAK |  |
| 8. | Funkcja CPR w segmencie oparcia pleców (szybkie opuszczanie segmentu leża do poziomu)  | TAK |  |
| 9. | Koła o średnicy min. 125 mm z systemem centralnego hamulca, min. jedno koło antystatyczne. | TAK |  |
| 10. | Krążki odbojowe na każdym rogu leża. | TAK |  |
| 11. | Szczyty łóżka szybko demontowane. Możliwość wydłużenia łóżka o min. 18 cm. | TAK |  |
| 12. | Blat łóżka podparty minimum w czterech punktach. | TAK |  |
| 13. | Pilot z klipsem pozwalającym na pewne zamocowanie do poręczy bocznej w pozycji poziomej, łatwo dostępny dla pacjenta i obsługi. Możliwość zablokowania pilota dodatkowym przełącznikiem na odwrotnej stronie pilota ręcznego. | TAK |  |
| 14. | Stopień zabezpieczenia instalacji elektrycznej łóżka min. IPX 4. | TAK |  |
| 15. | Elektryczna regulacja wysokości leża w zakresie: najniższe położenie nie wyższe niż 380 mm, a najwyższe położenie nie niższe niż 810 mm za pomocą pilota ręcznego. | TAK |  |
| 16. | Elektryczna regulacja części plecowej w zakresie min. 0-70 stopni z funkcją autoregresji za pomocą pilota ręcznego.  | TAK |  |
| 17. | Elektryczna regulacja części nożnej w zakresie min. 0-43 stopni za pomocą pilota ręcznego | TAK |  |
| 18. | Elektryczna regulacja pozycji Trendelenburga min. 14 stopni za pomocą pilota ręcznego | TAK |  |
| 19. | Elektryczna regulacja pozycji Anty-Trendelenburga min. 14 stopni za pomocą pilota ręcznego | TAK |  |
| 20. | Kolor wypełnień szczytów groszkowy lub seledynowy do wyboru. | TAK |  |
| **Elementy wyposażenia łóżka** |
| 1. | Materac dopasowany do ramy leża z pianki poliuretanowej, grubość min. 10 cm, w pokrowcu paroprzepuszczalnym, nieprzenikliwy dla cieczy, odporny na dezynfekcję. | TAK |  |
| 2. | Pokrowiec z zamkiem błyskawicznym obszyty w literę „L” z okapnikiem, odporny na przemakanie, zanieczyszczenia, wytrzymały, łatwy do dezynfekcji i prania, nie zmieniający swych parametrów pod wpływem środków chemicznych i wysokich temperatur. | TAK |  |
| 3. | Barierki boczne (na całej długości łóżka) składane, mocowane po bokach do szczytów łóżka za pomocą specjalnych uchwytów z możliwością odejmowania bez użycia narzędzi. Mechanizm zwalniający barierkę z funkcją świadomego użycia (zabezpieczający przed niepożądanym opuszczeniem barierki).  | TAK |  |
| 4. | Uchwyt na basen i kaczkę. | TAK |  |
| 5. | Wieszak na kroplówki – 2 haczyki. | TAK |  |
| 6. | Uchwyt na worki urologiczne. | TAK |  |
| **Gwarancja** |
| 1. | Czas trwania gwarancji min. 36 miesięcy. | TAK / PODAĆ |  |
| 2. | Wykonawca będzie bez odrębnej płatności sprawował autoryzowany serwis gwarancyjny w okresie trwania gwarancji – min. 1 przegląd w okresie 12 m-cy. | TAK |  |
| 3. | Wykonawca zabezpieczy autoryzowany serwis pogwarancyjny na terenie Polski przez okres min. 10 lat: nazwa serwisu, adres, nr telefonu. | TAK / PODAĆ |  |
| **Szkolenie** |
| 1. | Nieodpłatne szkolenie personelu w miejscu użytkowania przedmiotu zamówienia w zakresie zapewniającym bezpieczną obsługę oraz efektywne wykorzystanie.  | TAK |  |
| 2. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | TAK |  |

**Uwaga:**

Wymogiem jest, aby wartości podane w kolumnie parametry oferowane były zgodne ze stanem faktycznym oraz danymi zawartymi w oficjalnym dokumencie przedstawiającym dane techniczne (np. katalog).

Zamawiający ma prawo wystąpić do wykonawców o udzielenie dalszych wyjaśnień niezbędnych dla weryfikacji udzielonych odpowiedzi.

**Szafka przyłóżkowa**

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa, typ lub model |  |
| Producent, podać pełną nazwę i adres |  |
| Rok produkcji 2018 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Warunek**  | **Parametr oferowany****Podać / opisać**  |
| 1. | Szerokość 400 (+/-50)mm , głębokość 450 (+/-50mm) wysokość min. 700mm, max 810mm. | PODAĆ |  |
| 2. | Konstrukcja wykonana ze stali nierdzewnej pokrytej lakierem proszkowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV. | TAK |  |
| 3. | Cztery koła z niebrudzącym podłóg bieżnikiem o średnicy min. 50 mm, w tym dwa z hamulcami.  | TAK |  |
| 4. | wyposażenie:* szuflada,
* półka wnękowa,
* półka na obuwie,
* uniwersalny blat boczny.
 | TAK |  |
| 5. | Szuflada z uchwytem na prowadnicach rolkowych umożliwiających ciche i łatwe wysuwanie oraz domykanie. Wnętrze szuflad wypełnione wyjmowanymi wkładami z tworzywa. | TAK |  |
| 6. | Blat szafki i półki bocznej wykonany z tworzywa typu ABS lub płyty HPL, przystosowany do dezynfekcji środkami dopuszczonymi do używania w szpitalach. | TAK |  |
| 7. | Blat główny wyposażony w reling ochronny, zabezpieczający przedmioty przed upadkiem. | TAK |  |
| 8. | Blat boczny z możliwością zamontowania po prawej lub lewej stronie szafki, składany do boku szafki, z możliwością regulacji kąta pochylenia, min. 2 krawędzie wyposażone w reling ochronny, zabezpieczający przedmioty przed upadkiem. | TAK |  |
| 9. | Czoło szuflad i drzwiczek w kolorze groszkowym lub seledynowym do wyboru. | TAK |  |
| **Gwarancja** |
| 1. | Czas trwania gwarancji min. 24 miesiące | TAK |  |
| 2. | Wykonawca będzie bez odrębnej płatności sprawował autoryzowany serwis gwarancyjny w okresie trwania gwarancji – min. 1 przegląd w okresie 12 m-cy. | TAK |  |
| 3. | Wykonawca zabezpieczy autoryzowany serwis pogwarancyjny na terenie Polski przez okres min. 10 lat: nazwa serwisu, adres, nr telefonu | TAK |  |

**Uwaga:**

Wymogiem jest, aby wartości podane w kolumnie parametry oferowane były zgodne ze stanem faktycznym oraz danymi zawartymi w oficjalnym dokumencie przedstawiającym dane techniczne (np. katalog).

Zamawiający ma prawo wystąpić do wykonawców o udzielenie dalszych wyjaśnień niezbędnych dla weryfikacji udzielonych odpowiedzi.