**Opis przedmiotu zamówienia**

**Zakup i dostawa stołu zabiegowego dla Poradni Chirurgii Dziecięcej   
w SP ZOZ MSWiA w Koszalinie**

1. **Stół zabiegowy:**

Nazwa i typ: …………………………………………………

Producent: …………………………………………………

Kraj produkcji: …………………………………………………

Rok produkcji: …………………………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis parametru | Parametr wymagany (graniczny) | Parametr oferowany, opisać wartości oferowane | Punktacja |
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe | TAK |  |  |
| 2. | Stół zabiegowy z możliwością uzyskania pozycji leżącej, pozycji siedzącej oraz pozycji pośrednich | TAK |  |  |
| 3. | Konstrukcja wykonana ze stali nierdzewnej malowanej proszkowo | TAK |  |  |
| 4. | Stół 4 segmentowy: segment pleców, segment siedziska, segment nogi lewej, segment nogi prawej | TAK |  |  |
| 5. | Segmenty leża wykonane z zastosowaniem pianki poliuretanowej  i niepalnej antystatycznej tapicerki odpornej na mycie i dezynfekcję | TAK |  |  |
| 6. | Elektryczna regulacja wysokości  w zakresie min. 60,00 – 87,00 cm | TAK |  |  |
| 7. | Elektryczna regulacja nachylenia segmentu siedziska oraz segmentu nóg | TAK (podać) |  |  |
| 8. | Regulacja za pomocą pilota | TAK |  |  |
| 9. | Regulacja segmentu pleców wspomagana sprężyną gazową | TAK (podać) |  |  |
| 10. | Szerokość leża min. 55,00 cm | TAK (podać) |  |  |
| 11. | Długość leża min. 195,00 cm | TAK (podać) |  |  |
| 12. | Dopuszczalne obciążenie min. 130 kg | TAK (podać) |  |  |
| 13. | Waga stołu | Podać |  |  |
| 14. | Podstawa stołu stabilna, wyposażona  w maskownicę (obudowę) | TAK |  |  |
| 15. | Stół wyposażony w system jezdny - podstawa stołu wyposażona w koła,  z blokadą wszystkich kół oraz system poziomujący umożliwiający dostosowanie poziomu podstawy do nierówności podłoża | TAK / NIE |  | Tak – 5 pkt  Nie – 0 pkt |
| 16. | Listwy boczne do mocowania wyposażenia opcjonalnego | TAK |  |  |
| 17. | Wyposażenie dodatkowe:  Podpórka pod uda powodująca przekształcenie stołu w fotel ginekologiczny/proktologiczny | TAK |  |  |
| 18. | Kolor tapicerki: szary bądź niebieski | TAK |  |  |
| 19. | Gwarancja min. 12 miesięcy  wraz z przeglądem technicznym w ramach gwarancji | TAK (podać) |  | 12 miesięcy – 0 pkt  24 miesiące – 5 pkt  ≥36 miesięcy – 10 pkt |

\*Oferta nie spełniająca wymaganych parametrów (tj. udzielenie przez Wykonawcę odpowiedzi „NIE” w parametrze wymaganym) podlega odrzuceniu.

Zatwierdzam:

……………………………………….

*data i podpis Wykonawcy*