Załącznik nr 9 SWZ

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia**

**Pakiet 8**

**Stół zabiegowy - nowy**

**Rok produkcji: min. 2025   
Ilość: 2 szt.**

**Typ / Nr fabryczny:** ………………………………………………………………..…………  
 (proszę uzupełnić)

**Model / Marka:** ………………………………………………………………………….……  
 (proszę uzupełnić)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Opis przedmiotu zamówienia** | | **Parametry wymagane przez Zamawiającego** | **Parametry oferowane przez Wykonawcę** | **Numer katalogowy** |
|  | | | | | |  |
|  | | Urządzenie nowe, nieużywane. Wyklucza się produkty demo. | | TAK |  |  |
|  | | 3-segmentowy stół do badań o solidnej konstrukcji | | TAK |  |  |
|  | | Elektryczna regulacja wysokości | | TAK |  |  |
|  | | Zagłówek stołu o przedłużonej długości (do 70 cm) | | TAK |  |  |
|  | | zabezpieczenie przed niepożądaną zmianą ustawień dzięki magnetycznym kluczom. | | TAK |  |  |
|  | | regulacja zagłówka przy pomocy 2 sprężyn gazowych (od min. -20° do max. +90°), | | TAK |  |  |
|  | | zagłówek z wyprofilowanym otworem na twarz wraz z zaślepką, | | TAK |  |  |
|  | | 2-warstwowa tapicerka wykonana z atestowanych materiałów dostępna w wielu wersjach kolorystycznych, | | TAK |  |  |
|  | | łącznik z tapicerki maskujący przerwy między sekcjami, | | TAK |  |  |
|  | | śruby mocujące leżysko wkręcane w metalowe wzmocnienia znajdujące się w desce tapicerki | | TAK |  |  |
|  | | malowana proszkowo, bardzo stabilna stalowa rama, | | TAK |  |  |
|  | | Otwory na podpórki ( bananki ) | | TAK |  |  |
|  | | Rama posiada 4 unoszone koła kierunkowe z centralnym mechanizmem blokowania oraz 4 gumowe stopki. System pozwala na sprawne przemieszczanie stołu | | TAK |  |  |
|  | | Szerokość: max.70 cm  Długość:200 cm  Masa: min. 120 kg | | TAK |  |  |
|  | | Zakres regulacji wysokości: min. 50 – max. 100 cm | | TAK |  |  |
|  | | Na wyposażeniu poręcze boczne | | TAK |  |  |
|  | **Informacje dodatkowe** | | | | | |
|  |  | | Instrukcja obsługi w języku polskim (z dostawą) | TAK |  |  |
|  |  | | Gwarancja minimum 24 m-ce | TAK |  |  |
|  |  | | Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 6 lat | TAK |  |  |
|  |  | | Czas reakcji od chwili zgłoszenia awarii w okresie gwarancji wynosi 24 godzin, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy | TAK |  |  |
|  |  | | Wykonawca gwarantuje, że dostarczony sprzęt jest fabrycznie nowy, posiada wszelkie wymagane certyfikaty do zastosowań medycznych i zostanie zainstalowany bez żadnego uszczerbku | TAK |  |  |
|  |  | | Przeglądy w okresie trwania gwarancji łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta (w ilości, zakresie – zgodnie z wymogami producenta) na koszt Wykonawcy (bez wezwania wykonawcy). Ostatni przegląd Wykonawca wykona w ostatnim miesiącu obowiązywania gwarancji | TAK |  |  |
|  |  | | Wykonawca gwarantuje, że wyżej wyspecyfikowany przedmiot oferty jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji | TAK |  |  |
|  |  | | Serwis autoryzowany (nazwa i adres) | TAK |  |  |
|  |  | | Deklaracja zgodności i/lub certyfikat CE | TAK |  |  |
|  |  | | Paszport techniczny | TAK |  |  |