



RADOMSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY

im. dr. Tytusa Chałubińskiego

26-610 Radom, ul. Lekarska 4, tel. 48 361-51-00, www.szpital.radom.pl

NIP 796-00-12-187

REGON: 000315086

Sekcja Zamówień Publicznych

26-610 Radom, ul. Lekarska 4

tel. 48 361-52-83, 48 361-52-84, 48 361-54-21, fax. 48 361-52-13

e-mail: [zampubl@rszs.regiony.pl](mailto:zampubl@rszs.regiony.pl)

RSS/SZP/P-14/2020

Radom, dnia 30.03.2020r.

### Wykonawcy ubiegający się o udzielenie zamówienia publicznego

Dotyczy: przetargu nieograniczonego poniżej 214 000 euro na: **Zakup i dostawa sprzętu dla potrzeb Poradni Stomatologicznej oraz Poradni Chirurgii Szcękowo-Twarzowej Radomskiego Szpitala Specjalistycznego w ramach zadania pn. „Przebudowa pomieszczeń Poradni Specjalistycznych przy ul. Lekarskiej Radomskiego Szpitala Specjalistycznego wraz z wyposażeniem”**

Zamawiający - Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr. Tytusa Chałubińskiego w Radomiu, przy ul. Lekarskiej 4, zgodnie z art. 38 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych /tekst jedn. Dz. U. z 2019 r. poz. 1843/, udziela odpowiedzi na zapytania Wykonawców złożone w niniejszym postępowaniu oraz na podstawie art. 38, ust. 4 ustawy Pzp modyfikuje treść SIWZ, mianowicie:

#### Pytanie nr 1:

Czy zamawiający dopuści porcelanową misę spluwaczki, ręcznie odchylaną misę spluwaczki, zdejmowaną, z możliwością obrotu o 270°?

**Odpowiedź: Zamawiający wyraża zgodę, jednocześnie zmienia zapisy w części nr 1 i 3:**

**Zapis:** wyposażony w szklaną, ręcznie odchylaną misę spluwaczki, zdejmowaną, z możliwością obrotu o 270°

**Zmienia się na:** wyposażony w szklaną lub porcelanową lub ceramiczną, ręcznie odchylaną misę spluwaczki, zdejmowaną, z możliwością obrotu o 270°

#### Pytanie nr 2:

Czy zamawiający dopuści zagłówek regulowany w 3 płaszczyznach z pneumatyczną blokadą przesuwu góra/dół

**Odpowiedź: Zamawiający wyraża zgodę dla części nr 1, jednocześnie zmienia zapis w OPZ.**

**Zapis:** Zagłówek z blokadą pneumatyczną, praca w trzech płaszczyznach oraz z blokadą pneumatyczną przesuwu w pionie.

**Zmienia się na:** Zagłówek z blokadą pneumatyczną, praca w trzech płaszczyznach oraz z blokadą pneumatyczną przesuwu w pionie lub zagłówek regulowany w 3 płaszczyznach z pneumatyczną blokadą przesuwu góra/dół lub

Zagłówek z blokadą mechaniczną, praca w trzech płaszczyznach oraz z blokadą mechaniczną przesuwu w pionie lub zagłówek regulowany w 3 płaszczyznach z mechaniczną blokadą przesuwu góra/dół

#### Pytanie nr 3:

Czy zamawiający dopuści unit stomatologiczny niewyposażony w bezprzewodowy sterownik nożny

**Odpowiedź: Zamawiający nie wyraża zgody.**

**Pytanie nr 4:**

Czy zamawiający dopuści unit stomatologiczny niewyposażony w zawory selektywne uaktywniające pracę tylko jednego rękawa ssakowego do wyboru

**Odpowiedź: Zamawiający nie wyraża zgody.**

**Pytanie 5:**

Załącznik nr 4 do SIWZ część nr 1: Czy zamawiający dopuści Fotel z zawieszonym blokiem spluwaczki o zakresie ruchu 42-80 cm?

**Odpowiedź: Zamawiający nie wyraża zgody.**

**Pytanie 6:**

Załącznik nr 4 do SIWZ część nr 1: Czy zamawiający dopuści Fotel o udźwigu nie mniejszym niż 150kg?

**Odpowiedź: Zamawiający nie wyraża zgody.**

**Pytanie 7:**

Załącznik nr 4 do SIWZ część nr 1: Czy zamawiający dopuści zagłówek z blokadą mechaniczną?

**Odpowiedź: Patrzy odpowiedź na pytanie nr 2.**

**Pytanie 8:**

Załącznik nr 4 do SIWZ część nr 1: Czy zamawiający dopuści Blok Spluwaczki wyposażony w ceramiczną ręcznie odchylaną misę spluwaczki, zdejmowaną, z możliwością obrotu o 270°?

**Odpowiedź: Patrz odpowiedź na pytanie nr 1.**

**Pytanie 9:**

Załącznik nr 6 do SIWZ część nr 3: Czy zamawiający dopuści Fotel z zawieszonym blokiem spluwaczki o zakresie ruchu 42-80 cm?

**Odpowiedź: Zamawiający nie wyraża zgody.**

**Pytanie 10:**

Załącznik nr 6 do SIWZ część nr 3: Czy zamawiający dopuści Fotel o udźwigu nie mniejszym niż 150kg?

**Odpowiedź: Zamawiający nie wyraża zgody.**

**Pytanie 11:**

Załącznik nr 6 do SIWZ część nr 3: Czy zamawiający dopuści zagłówek z blokadą mechaniczną?

**Odpowiedź: Zamawiający nie wyraża zgody.**

**Pytanie 12:**

Załącznik nr 6 do SIWZ część nr 3: Czy zamawiający dopuści Blok Spluwaczki wyposażony w ceramiczną ręcznie odchylaną misę spluwaczki, zdejmowaną, z możliwością obrotu o 270°?

**Odpowiedź: Patrz odpowiedź na pytanie nr 1.**

**Pytanie 13:**

Załącznik nr 6 do SIWZ część nr 3: Czy zamawiający dopuści unit bez systemu Vacuum Stop, a zamiast tego standardowy system wyłączania ssania z pulpitu asysty?

**Odpowiedź: Zamawiający nie wyraża zgody.**

**Pytanie 14:**

Do części nr 4: Czy Zamawiający dopuści ssak o podciśnieniu 90kPa i przepływie 30l/min; bardzo cichy o maksymalnej głośności 37dB i wadze 17kg?

**Odpowiedź:** Zamawiający wyraża zgodę, jednocześnie zmienia zapis dla części nr 4 w pozycji nr 4:

**Zapis:** Maksymalne podciśnienie 12 kPa

**Zmienia się na:** Maksymalne podciśnienie 90 kPa

**Pytanie 15:**

Do części nr 4: Czy Zamawiający dopuści ssak o wymiarach 510x470x985mm?

**Odpowiedź:** Zamawiający wyraża zgodę, jednocześnie zmienia zapis dla części nr 4 w pozycji nr 8:

**Zapis:** Wymiary (sz x g x w) 565x350x860 mm +/- 10 mm

**Zmienia się na:** Wymiary (sz x g x w) 565x350x860 mm +/- 10 mm lub 510x470x985mm

**W załączeniu zmienione strony SIWZ, które są obowiązujące.**

DYREKTOR  
Radomskiego Szpitala Specjalistycznego  
im. Dr. Tadeusza Chłubińskiego  
w Radomiu

.....  
Dyrektor Radomskiego Szpitala Specjalistycznego

*Sporządziła: Izabela Włodek*

## OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Zakup i dostawa sprzętu dla potrzeb Poradni Stomatologicznej oraz Poradni Chirurgii Szcękowo-Twarzowej Radomskiego Szpitala Specjalistycznego w ramach zadania pn. „Przebudowa pomieszczeń Poradni Specjalistycznych przy ul. Lekarskiej Radomskiego Szpitala Specjalistycznego wraz z wyposażeniem”

## Część nr 1 - Unit stomatologiczny wraz z wyposażeniem - 1 kpl.

L. p.	Parametr/Warunek	Parametry wymagane (minimalne)
1.	Unit stomatologiczny, fabrycznie nowy, nie dopuszcza się urządzeń rekondycjonowanych lub powystawowych, rok produkcji nie starszy niż 2020.	TAK
<b>FOTEL Z ZAWIESZONYM BLOKIEM SPLUWACZKI</b>		
2.	Zakres ruchu 37-80 cm	TAK podać
3.	Udźwig nie mniej niż 190 kg	TAK podać
4.	Oparcie metalowe, szerokie.	TAK podać
5.	<i>Zagłówek z blokadą pneumatyczną, praca w trzech płaszczyznach oraz z blokadą pneumatyczną przesuwu w pionie lub zagłówek regulowany w 3 płaszczyznach z pneumatyczną blokadą przesuwu góra/dół lub Zagłówek z blokadą mechaniczną, praca w trzech płaszczyznach oraz z blokadą mechaniczną przesuwu w pionie lub zagłówek regulowany w 3 płaszczyznach z mechaniczną blokadą przesuwu góra/dół</i>	TAK podać
<b>KONSOLA LEKARSKA</b>		
6.	Strzykawka 3-funkcyjna	TAK
7.	Mikrosilnik bezszczotkowy ze światłem LED - regulacja obrotów od 100 do 40 000 obrotów na min. 3,3 Ncm	TAK podać
8.	Kątnica mikrosilnika 1:1 szt.1	TAK podać
9.	Kątnica turbinowa ze światłem LED	TAK podać
10.	Skaler piezoelektryczny z czterema ostrzami	TAK podać
11.	Rękaw turbinowy (midwest) ze światłem LED	TAK podać
12.	Lampa polimeryzacyjna -zmienny kształt rękojeści (prosta/łamana), sześć programów pracy, max 2200 mW/cm2	TAK podać
<b>BLOK SPLUWACZKI</b>		
13.	<i>wyposażony w szklaną lub porcelanową lub ceramiczną, ręcznie</i>	TAK

	<i>odchylaną misę spluwaczki, zdejmowaną, z możliwością obrotu o 270°</i>	podać
14.	Wewnętrzny obieg wody destylowanej.	TAK podać
15.	Ślinociąg wodny	TAK podać
<b>WIELOFUNKCYJNY STEROWNIK NOŻNY</b>		
16.	Wersja bezprzewodowa	TAK podać
<b>KRZESEŁKO LEKARSKIE</b>		
17.	Z oparciem na lędźwie lub z podłokietnikiem	TAK podać
<b>LAMPA POLA PRACY</b>		
18.	Wykonana w technologii LED ( biała dioda).	TAK podać
19.	Płynna regulacja natężenia światła od 3000 do 50000 lux,	TAK podać
20.	Bezdotykowa obsługa	TAK podać
21.	Demontowalne i sterylizowalne nasadki uchwytów	TAK podać
<b>KOMPRESOR</b>		
22.	2-cylindrowy, bezolejowy, z osuszaczem	TAK podać
23.	Wydajność nie mniej niż 115l/min	TAK podać
24.	Głośność 71dB ± 2 dB	TAK podać
25.	Wymiary:720x460x565 mm ± 80 mm	TAK podać
26.	Dedykowany do pracy dla 2-3 stanowisk	TAK podać
Lp.	Inne	
1.	wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia sprzętu o w/w parametrach do miejsca dostawy, zainstalowania oraz jego uruchomienia.	TAK
2.	Okres gwarancji na dostarczony sprzęt - min. 24 m-ce	TAK
3.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny w Polsce - podać adres	Opisać
4.	Szkolenie z zakresu funkcji i obsługi dla personelu w siedzibie Zamawiającego.	TAK
5.	Deklaracje zgodności. Certyfikaty i dopuszczenia.	TAK
6.	Dostępność wyposażenia i części zamiennych min. 8 lat	TAK Opisać

7.	Okresowe przeglądy techniczne , nie rzadziej niż 1 raz w roku, wraz z wymianą części zużywalnych przewidzianych przez producenta w procedurze przeglądowej (jeżeli dotyczy), wliczone w koszt oferty	TAK Opisać
8.	Czas naprawy urządzenia nie dłuższy niż 5 dni roboczych.	TAK
9.	Instrukcje obsługi w języku polskim w wersji drukowanej i elektronicznej (wymagane przy dostawie sprzętu)	TAK

## Część nr 2 - Endometr wraz z wyposażeniem - 1 kpl.

L. p.	Parametr/Warunek	Parametry wymagane (minimalne)
1.	Endometr, fabrycznie nowy, nie dopuszcza się urządzeń rekondycjonowanych lub powystawowych, rok produkcji nie starszy niż 2020.	TAK
2.	Przyrząd z wewnętrznym zasilaniem elektrycznym (akumulator - NiMH2,V).	TAK podać
3.	Element użytkowy typ BF.	TAK podać
4.	Wielkość ekranu 3,5"	TAK podać
5.	Zasilanie prądowe: akumulator NiMH 2,4 V	TAK podać
6.	Zewnętrzna ładowarka: wejście: 120 V / 50-60 Hz lub 230 V / 50-60 Hz	TAK podać
7.	Wyjście: prąd stały 6 V	TAK podać
L. p.	Inne	
1.	Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia sprzętu o w/w parametrach do miejsca dostawy, zainstalowania oraz jego uruchomienia.	TAK
2.	Okres gwarancji na dostarczony sprzęt - min. 24 m-ce	TAK
3.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny w Polsce - podać adres	Opisać
4.	Szkolenie z zakresu funkcji i obsługi dla personelu w siedzibie Zamawiającego.	TAK
5.	Deklaracje zgodności. Certyfikaty i dopuszczenia.	TAK
6.	Dostępność wyposażenia i części zamiennych min. 8 lat	TAK Opisać
7.	Okresowe przeglądy techniczne , nie rzadziej niż 1 raz w roku, wraz z wymianą części zużywalnych przewidzianych przez producenta w procedurze przeglądowej (jeżeli dotyczy), wliczone w koszt oferty	TAK Opisać
8.	Czas naprawy urządzenia nie dłuższy niż 5 dni roboczych.	TAK
9.	Instrukcje obsługi w języku polskim w wersji drukowanej i	TAK

elektronicznej (wymagane przy dostawie sprzętu)	
---	--

**Część nr 3 - Unit stomatologiczny chirurgiczny wraz z wyposażeniem - 2 kpl.**

L. P.	Parametr/Warunek	Parametry wymagane (minimalne)
1	Unit stomatologiczny, fabrycznie nowy, nie dopuszcza się urządzeń rekondycjonowanych lub powystawowych, rok produkcji nie starszy niż 2020.	TAK
<b>FOTEL Z ZAWIESZONYM BLOKIEM SPLUWACZKI SZT.2</b>		
2	Zakres ruchu 37-80 cm	TAK podać
3	Udźwig nie mniej niż 190 kg	TAK podać
4	Oparcie metalowe, szerokie.	TAK podać
5	Zagłówek z blokadą pneumatyczną, praca w trzech płaszczyznach oraz z blokadą pneumatyczną przesuwu w pionie.	TAK podać
6	VACUM STOP - włączenie i wyłączenie pompy ssaka poprzez naciśnięcie podstawy fotela	TAK podać
<b>KONSOLA LEKARSKA SZT.2</b>		
7	Rękawy montowane od góry	TAK
8	Strzykawka 3-funkcyjna	TAK
9	Mikrosilnik bezszczotkowy ze światłem LED - regulacja obrotów od 100 do 40 000 obrotów na min. 3,3 Ncm	TAK podać
10	Kątnica mikrosilnika 1:1 szt.1	TAK podać
11	Drugi moduł mikrosilnika ze światłem LED - regulacja obrotów od 100 do 40 000 obrotów na min., 3,3 Ncm	TAK podać
12	Prostnica chirurgiczna	TAK podać
13	Rękaw turbinowy (midwest) ze światłem LED	TAK podać
14	Kątnica turbinowa ze światłem LED	TAK podać
<b>BLOK SPLUWACZKI SZT.2</b>		
15	<i>wyposażony w szklaną lub porcelanową lub ceramiczną, ręcznie odchylaną misę spluwaczki, zdejmowaną, z możliwością obrotu o 270°</i>	TAK podać
16	Dwa rękawy ssakowe 16mm i 11mm z przejściówkami	TAK podać

17	Zawory selektywne uaktywniające pracę tylko jednego rękawa ssakowego do wyboru	TAK podać
18	Wewnętrzny obieg wody destylowanej.	TAK podać
<b>WIELOFUNKCYJNY STEROWNIK NOŻNY SZT.2</b>		
19	Wersja bezprzewodowa	TAK podać
<b>KRZESEŁKO LEKARSKIE SZT.2</b>		
20	Z oparciem na lędźwie lub z podłokietnikiem	TAK podać
<b>LAMPA POLA PRACY SZT.2</b>		
21	Wykonana w technologii LED ( biała dioda).	TAK podać
22	Płynna regulacja natężenia światła od 3000 do 50000 lux,	TAK podać
23	Bezdotykowa obsługa	TAK podać
24	Demontowalne i sterylizowalne nasadki uchwytów	TAK podać
<b>KOMPRESOR SZT.1</b>		
25	2-cylindrowy, bezolejowy, z osuszaczem	TAK podać
26	Wydajność nie mniej niż 115l/min	TAK podać
27	Głośność 71dB ± 2 dB	TAK podać
28	Wymiary:720x460x565 mm ± 80 mm	TAK podać
29	Dedykowany do pracy dla 2-3 stanowisk	TAK podać
<b>POMPA SSĄCA SZT.1</b>		
30	Maksymalny przepływ 1400 l/min	TAK podać
31	Moc 1,5kW	TAK podać
32	Poziom ciśnienia akustycznego powietrza 68,2 dB ± 2 dB	TAK podać
33	Dedykowana do pracy dla 2-3 stanowisk	TAK podać
L.p.	<b>Inne</b>	
1.	Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia sprzętu o w/w parametrach do miejsca dostawy, zainstalowania oraz jego uruchomienia.	TAK



2.	Okres gwarancji na dostarczony sprzęt - min. 24 m-ce	TAK
3.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny w Polsce - podać adres	Opisać
4.	Szkolenie z zakresu funkcji i obsługi dla personelu w siedzibie Zamawiającego.	TAK
5.	Deklaracje zgodności. Certyfikaty i dopuszczenia.	TAK
6.	Dostępność wyposażenia i części zamiennych min. 8 lat	TAK Opisać
7.	Okresowe przeglądy techniczne, nie rzadziej niż 1 raz w roku, wraz z wymianą części zużywalnych przewidzianych przez producenta w procedurze przeglądowej (jeżeli dotyczy), wliczone w koszt oferty	TAK Opisać
8.	Czas naprawy urządzenia nie dłuższy niż 5 dni roboczych.	TAK
9.	Instrukcje obsługi w języku polskim w wersji drukowanej i elektronicznej (wymagane przy dostawie sprzętu)	TAK

## Część nr 4 - Ssak mobilny wraz z wyposażeniem - 1 kpl.

L. P.	Parametr/Warunek	Parametry wymagane (minimalne)
1.	Ssak mobilny, fabrycznie nowy, nie dopuszcza się urządzeń rekondycjonowanych lub powystawowych, rok produkcji nie starszy niż 2020.	TAK
2.	Dentystyczny mobilny ssak chirurgiczny współpracujący z unitami stomatologicznymi, które nie posiadają systemów ssących i separujących. Przeznaczony na potrzeby praktyki stomatologicznej do odsysania, separacji i pochłaniania odpadów do wbudowanego pojemnika separacyjnego.	TAK podać
3.	Maksymalny przepływ 1100 lit.min-1	TAK podać
4.	<b>Maksymalne podciśnienie 90 kPa</b>	TAK podać
5.	Głośność/Poziom hałasu $\leq 48$ dB [A]	TAK podać
6.	Masa do 38 kg	TAK podać
7.	Napięcie znamionowe/częstotliwość 230V/ 50(60)Hz, 110V/ 60Hz	TAK podać
8.	<b>Wymiary (sz x g x w) 565x350x860 mm +/- 10 mm lub 510x470x985mm</b>	TAK podać
Lp.	Inne	
1.	Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia sprzętu o w/w parametrach do miejsca dostawy, zainstalowania oraz jego uruchomienia.	TAK
2.	Okres gwarancji na dostarczony sprzęt - min. 24 m-ce	TAK
3.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny w Polsce - podać adres	Opisać

4.	Szkolenie z zakresu funkcji i obsługi dla personelu w siedzibie Zamawiającego.	TAK
5.	Deklaracje zgodności. Certyfikaty i dopuszczenia.	TAK
6.	Dostępność wyposażenia i części zamiennych min. 8 lat	TAK Opisać
7.	Okresowe przeglądy techniczne, nie rzadziej niż 1 raz w roku, wraz z wymianą części zużywalnych przewidzianych przez producenta w procedurze przeglądowej (jeżeli dotyczy), wliczone w koszt oferty	TAK Opisać
8.	Czas naprawy urządzenia nie dłuższy niż 5 dni roboczych.	TAK
9.	Instrukcje obsługi w języku polskim w wersji drukowanej i elektronicznej (wymagane przy dostawie sprzętu)	TAK

**Część nr 5 - Trzyszufladowy asystor do unitu stomatologicznego wraz z wyposażeniem - 3 kpl.**

L. p.	Parametr/Warunek	Parametry wymagane (minimalne)
1.	Trzyszufladowy asystor do unitu stomatologicznego, fabrycznie nowy nie dopuszcza się urządzeń rekondycjonowanych lub powystawowych rok produkcji nie starszy niż 2020.	TAK
2.	Fronty lakierowane na wysoki połysk.	TAK podać
3.	Ramka dookoła szklanego blatu wykonana z mlecznego lacobelu.	TAK podać
4.	Ramka dookoła szklanego blatu wykonana z profilowanych listw aluminiowych.	TAK podać
5.	Funkcja cichego domyku typu SOFT CLOSE.	TAK podać
6.	Podstawa asystora w kolorze metal chrom.	TAK podać
7.	Blat wykonany w całości ze szkła mlecznego.	TAK podać
8.	Pneumatycznie regulowana wysokość.	TAK podać
9.	Kółka kauczukowo-plastikowe.	TAK podać
10.	Wysokiej jakości system szuflad ze stali.	TAK podać
L.p.	Inne	
1.	Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia sprzętu o w/w parametrach do miejsca dostawy, zainstalowania oraz jego uruchomienia.	TAK
2.	Okres gwarancji na dostarczony sprzęt - min. 24 m-ce	TAK
3.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny w Polsce - podać adres	Opisać

4.	Szkolenie z zakresu funkcji i obsługi dla personelu w siedzibie Zamawiającego.	TAK
5.	Deklaracje zgodności. Certyfikaty i dopuszczenia.	TAK
6.	Dostępność wyposażenia i części zamiennych min. 8 lat	TAK Opisać
7.	Okresowe przeglądy techniczne , nie rzadziej niż 1 raz w roku, wraz z wymianą części zużywalnych przewidzianych przez producenta w procedurze przeglądowej (jeżeli dotyczy), wliczone w koszt oferty	TAK Opisać
8.	Czas naprawy urządzenia nie dłuższy niż 5 dni roboczych.	TAK
9.	Instrukcje obsługi w języku polskim w wersji drukowanej i elektronicznej (wymagane przy dostawie sprzętu)	TAK

(Pieczęć Wykonawcy/Wykonawców)

## SPECYFIKACJA TECHNICZNA

Zakup i dostawa sprzętu dla potrzeb Poradni Stomatologicznej oraz Poradni Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Radomskiego Szpitala Specjalistycznego w ramach zadania pn. „Przebudowa pomieszczeń Poradni Specjalistycznych przy ul. Lekarskiej Radomskiego Szpitala Specjalistycznego wraz z wyposażeniem”

Część nr 1 - Unit stomatologiczny wraz z wyposażeniem - 1 kpl.

Producent: .....

Nazwa / typ: .....

L. p.	Parametr/warunek	Parametry wymagane (minimalne)	Parametry oferowane przez Wykonawcę w ramach parametrów wymaganych (minimalne) OPISAĆ DOKŁADNIE
1.	Unit stomatologiczny, fabrycznie nowy, nie dopuszcza się urządzeń rekondycjonowanych lub powystawowych, rok produkcji nie starszy niż 2020.	TAK	
<b>FOTEL Z ZAWIESZONYM BLOKIEM SPLUWACZKI</b>			
2.	Zakres ruchu 37-80 cm	TAK podać	
3.	Udźwig nie mniej niż 190 kg	TAK podać	
4.	Oparcie metalowe, szerokie.	TAK podać	
5.	Zagłówek z blokadą pneumatyczną, praca w trzech płaszczyznach oraz z blokadą pneumatyczną przesuwu w pionie lub zagłówek regulowany w 3 płaszczyznach z pneumatyczną blokadą przesuwu góra/dół lub	TAK podać	

	<i>Zagłówek z blokadą mechaniczną, praca w trzech płaszczyznach oraz z blokadą mechaniczną przesuwu w pionie lub zagłówek regulowany w 3 płaszczyznach z mechaniczną blokadą przesuwu góra/dół</i>		
<b>KONSOLA LEKARSKA</b>			
6.	Strzykawka 3-funkcyjna	TAK	
7.	Mikrosilnik bezszczotkowy ze światłem LED - regulacja obrotów od 100 do 40 000 obrotów na min. 3,3 Ncm	TAK podać	
8.	Kątnica mikrosilnika 1:1 szt.1	TAK podać	
9.	Kątnica turbinowa ze światłem LED	TAK podać	
10.	Skaler piezoelektryczny z czterema ostrzami	TAK podać	
11.	Rękaw turbinowy (midwest) ze światłem LED	TAK podać	
12.	Lampa polimeryzacyjna - zmienny kształt rękojeści (prosta/łamana), sześć programów pracy, max 2200 mw/cm2	TAK podać	
<b>BLOK SPLUWACZKI</b>			
13.	<i>wyposażony w szklaną lub porcelanową lub ceramiczną, ręcznie odchylaną misę spluwaczki, zdejmowaną, z możliwością obrotu o 270°</i>	TAK podać	
14.	Wewnętrzny obieg wody destylowanej.	TAK podać	
15.	Ślinociąg wodny	TAK podać	
<b>WIELOFUNKCYJNY STEROWNIK NOŻNY</b>			
16.	Wersja bezprzewodowa	TAK	

		podać
<b>KRZESEŁKO LEKARSKIE</b>		
17.	Z oparciem na łędźwie lub z podłokietnikami	TAK podać
<b>LAMPA POLA PRACY</b>		
18.	Wykonana w technologii LED ( biała dioda).	TAK podać
19.	Płynna regulacja natężenia światła od 3000 do 50000 lux,	TAK podać
20.	Bezdotykowa obsługa	TAK podać
21.	Demontowalne i sterylizowalne nasadki uchwytów	TAK podać
<b>KOMPRESOR</b>		
22.	2-cylindrowy, bezolejowy, z osuszaczem	TAK podać
23.	Wydajność nie mniej niż 115l/min	TAK podać
24.	Głośność 71dB ± 2 dB	TAK podać
25.	Wymiary:720x460x565 mm ± 80 mm	TAK podać
26.	Dedykowany do pracy dla 2-3 stanowisk	TAK podać
L.p.		Inne

1.	Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia sprzętu o w/w parametrach do miejsca dostawy, zainstalowania oraz jego uruchomienia.	TAK	
2.	Okres gwarancji na dostarczony sprzęt - min. 24 m-ce	TAK	
3.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny w Polsce - podać adres	Opisać	
4.	Szkolenie z zakresu funkcji i obsługi dla personelu w siedzibie Zamawiającego.	TAK	
5.	Deklaracje zgodności. Certyfikaty i dopuszczenia.	TAK	
6.	Dostępność wyposażenia i części zamiennych min. 8 lat	TAK Opisać	
7.	Okresowe przeglądy techniczne, nie rzadziej niż 1 raz w roku, wraz z wymianą części zużywalnych przewidzianych przez producenta w procedurze przeglądowej (jeżeli dotyczy), wliczone w koszt oferty	TAK Opisać	
8.	Czas naprawy urządzenia nie dłuższy niż 5 dni roboczych.	TAK	
9.	Instrukcje obsługi w języku polskim w wersji drukowanej i elektronicznej (wymagane przy dostawie sprzętu)	TAK	

..... dnia .....

.....  
(podpis Wykonawcy/Wykonawców)

(Pieczęć Wykonawcy/Wykonawców)

## SPECYFIKACJA TECHNICZNA

Zakup i dostawa sprzętu dla potrzeb Poradni Stomatologicznej oraz Poradni Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Radomskiego Szpitala Specjalistycznego w ramach zadania pn. „Przebudowa pomieszczeń Poradni Specjalistycznych przy ul. Lekarskiej Radomskiego Szpitala Specjalistycznego wraz z wyposażeniem”

Część nr 3 - Unit stomatologiczny chirurgiczny wraz z wyposażeniem - 2 kpl

Producent: .....  
Nazwa / typ: .....

L.P.	Parametr/warunek	Parametry wymagane (minimalne)	Parametry oferowane przez Wykonawcę w ramach parametrów wymaganych (minimalne)
1	Unit stomatologiczny, fabrycznie nowy, nie dopuszcza się urządzeń rekondycjonowanych lub powystawowych, rok produkcji nie starszy niż 2020.	TAK	OPISAĆ DOKŁADNIE
<b>FOTEL Z ZAWIESZONYM BLOKIEM SPLUWACZKI SZT.2</b>			
2	Zakres ruchu 37-80 cm	TAK podać	
3	Udźwig nie mniej niż 190 kg	TAK podać	
4	Oparcie metalowe, szerokie.	TAK podać	
5	Zagłówek z blokadą pneumatyczną, praca w trzech płaszczyznach oraz z blokadą pneumatyczną przesuwu w pionie.	TAK podać	



6	VACUM STOP - włączenie i wyłączenie pompy ssaka poprzez naciśnięcie podstawy fotela	TAK podać
<b>KONSOLA LEKARSKA SZT.2</b>		
7	Rękawy montowane od góry	TAK
8	Strzykawka 3-funkcyjna	TAK
9	Mikrosilnik bezszczotkowy ze światłem LED - regulacja obrotów od 100 do 40 000 obrotów na min. 3,3 Ncm	TAK podać
10	Kątnica mikrosilnika 1:1 szt.1	TAK podać
11	Drugi moduł mikrosilnika ze światłem LED - regulacja obrotów od 100 do 40 000 obrotów na min., 3,3 Ncm	TAK podać
12	Prostnica chirurgiczna	TAK podać
13	Rękaw turbinowy (midwest) ze światłem LED	TAK podać
14	Kątnica turbinowa ze światłem LED	TAK podać
<b>BLOK SPLUWACZKI SZT.2</b>		
15	<i>wyposażony w szklaną lub porcelanową lub ceramiczną, ręcznie odchylaną misę spluwaczki, z możliwością obrotu o 270°</i>	TAK podać
16	Dwa rękawy ssakowe 16mm i 11mm z przejściówkami	TAK podać
17	Zawory selektywne uaktywniające pracę tylko jednego rękawa ssakowego do wyboru	TAK podać
18	Wewnętrzny obieg wody destylowanej.	TAK podać
<b>WIELOFUNKCYJNY STEROWNIK NOŻNY SZT.2</b>		

19	Wersja bezprzewodowa	TAK podać
<b>KRZESEŁKO LEKARSKIE SZT.2</b>		
20	Z oparciem na lędźwie lub z podłokietnikami	TAK podać
<b>LAMPA POLA PRACY SZT.2</b>		
21	Wykonana w technologii LED ( biała dioda).	TAK podać
22	Płynna regulacja natężenia światła od 3000 do 50000 lux,	TAK podać
23	Bezdotykowa obsługa	TAK podać
24	Demontowalne i sterylizowalne nasadki uchwytów	TAK podać
<b>KOMPRESOR SZT.1</b>		
25	2-cylindrowy, bezolejowy, z osuszaczem	TAK podać
26	Wydajność nie mniej niż 115l/min	TAK podać
27	Głośność 71dB ± 2 dB	TAK podać
28	Wymiary:720x460x565 mm ± 80 mm	TAK podać
29	Dedykowany do pracy dla 2-3 stanowisk	TAK podać
<b>POMPA SSAĆCA SZT.1</b>		
30	Maksymalny przepływ 1400 l/min	TAK

		podać
31	Moc 1,5kW	TAK podać
32	Poziom ciśnienia akustycznego powietrza 68,2 dB ± 2 dB	TAK podać
33	Dedykowana do pracy dla 2-3 stanowisk	TAK podać
L.p.	Inne	
1.	Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia sprzętu o w/w parametrach do miejsca dostawy, zainstalowania oraz jego uruchomienia.	TAK
2.	Okres gwarancji na dostarczony sprzęt - min. 24 m-ce	TAK
3.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny w Polsce - podać adres	Opisać
4.	Szkolenie z zakresu funkcji i obsługi dla personelu w siedzibie Zamawiającego.	TAK
5.	Deklaracje zgodności. Certyfikaty i dopuszczenia.	TAK
6.	Dostępność wyposażenia i części zamiennych min. 8 lat	TAK Opisać
7.	Okresowe przeglądy techniczne, nie rzadziej niż 1 raz w roku, wraz z wymianą części zużywalnych przewidzianych przez producenta w procedurze przeglądowej (jeżeli dotyczy), wliczone w koszt oferty	TAK Opisać
8.	Czas naprawy urządzenia nie dłuższy niż 5 dni roboczych.	TAK
9.	Instrukcje obsługi w języku polskim w wersji drukowanej i elektronicznej (wymagane przy dostawie sprzętu)	TAK

..... dnia .....

.....  
(podpis Wykonawcy/Wykonawców)

## SPECYFIKACJA TECHNICZNA

Zakup i dostawa sprzętu dla potrzeb Poradni Stomatologicznej oraz Poradni Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Radomskiego Szpitala Specjalistycznego w ramach zadania pn. „Przebudowa pomieszczeń Poradni Specjalistycznych przy ul. Lekarskiej Radomskiego Szpitala Specjalistycznego wraz z wyposażeniem”

Część nr 4 – Ssak mobilny wraz z wyposażeniem - 1 kpl.

Producent: .....  
Nazwa / typ: .....

L. P.	Parametr/Warunek	Parametry wymagane (minimalne)	Parametry oferowane przez Wykonawcę w ramach parametrów wymaganych (minimalne)
1.	Ssak mobilny, fabrycznie nowy, nie dopuszcza się urządzeń rekondycjonowanych lub powystawowych, rok produkcji nie starszy niż 2020.	TAK	OPISAĆ DOKŁADNIE
2.	Dentystyczny mobilny ssak chirurgiczny współpracujący z unitami stomatologicznymi, które nie posiadają systemów ssących i separujących. Przeznaczony na potrzeby praktyki stomatologicznej do odsysania, separacji i pochłaniania odpadów do wbudowanego pojemnika separacyjnego.	TAK podać	
3.	Maksymalny przepływ 1100 lit.min-1	TAK podać	
4.	<b>Maksymalne podciśnienie 90 kPa</b>	TAK podać	
5.	Głośność/Poziom hałasu ≤48 dB [A]	TAK podać	

6.	Masa do 38 kg	TAK podać
7.	Napięcie znamionowe/częstotliwość 230V/ 50(60)Hz, 110V/ 60Hz	TAK podać
8.	<i>Wymiary (sz x g x w) 565x350x860 mm +/- 10 mm lub 510x470x985mm</i>	TAK podać
Lp.		Inne
1.	Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia sprzętu o w/w parametrach do miejsca dostawy, zainstalowania oraz jego uruchomienia.	TAK
2.	Okres gwarancji na dostarczony sprzęt - min. 24 m-ce	TAK
3.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny w Polsce - podać adres	Opisać
4.	Szkolenie z zakresu funkcji i obsługi dla personelu w siedzibie Zamawiającego.	TAK
5.	Deklaracje zgodności. Certyfikaty i dopuszczenia.	TAK
6.	Dostępność wyposażenia i części zamiennych min. 8 lat	TAK Opisać
7.	Okresowe przeglądy techniczne, nie rzadziej niż 1 raz w roku, wraz z wymianą części zużywalnych przewidzianych przez producenta w procedurze przeglądowej (jeżeli dotyczy), wliczone w koszt oferty	Opisać
8.	Czas naprawy urządzenia nie dłuższy niż 5 dni roboczych.	TAK
9.	Instrukcje obsługi w języku polskim w wersji drukowanej i elektronicznej (wymagane przy dostawie sprzętu)	TAK

..... dnia .....

.....  
(podpis Wykonawcy/Wykonawców)

