**ZMODYFIKOWANY dnia 25.07.2019r. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Pakiet nr 6 - Wózek do przewożenia chorych w pozycji leżącej dla dorosłych**

**(2 sztuki dla oddziału chirurgicznego)**

Nazwa Producenta …………………………

Nazwa/Typ/Model Urządzenia …………………………

Kraj pochodzenia …………………………

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/****Odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Wyposażenie fabrycznie nowe, nie powystawowe, rok produkcji nie wcześniejszy niż 2018 r., gotowe do użytkowana bez dodatkowych zakupów i inwestycji | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Konstrukcja wózka – metalowa malowana proszkowo  | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Długość całkowita leża (z odbojami) 210 cm ( +/- 10 cm) | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Szerokość segmentów leża (z poręczami) 73 cm ( +/- 10 cm) **(Zamawiający dopuszcza możliwość zaoferowania wózka o szerokości zewnętrznej 87 cm i modyfikuje zakres dopuszczalnej szerokości: 63÷88 cm)** | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Wymiary leża: 193 x 60 cm ( +/- 5 cm ) **(Modyfikacja – Zamawiający dopuszcza leże o wymiarach 188÷200 cm x 55÷71 cm, przy zachowaniu wymiarów zewnętrznych z poz. 3 i 4 OPZ)**  | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Regulacja wysokości leża hydrauliczna za pomocą obustronnej dźwigni nożnej. **(po modyfikacji)** Regulacja wysokości leża wózka od podłogi w zakresie: **od 50÷98 cm** **(Zamawiający dopuszcza możliwość zaoferowania wózka do przewożenia chorych z regulacją wysokości leża w zakresie 460-980 mm.)** | TAK | TAK/NIE\*,podać………….. |
|  | Leże dwuczęściowe pokryte odejmowanym materacem o gr. min. 3 cm  | TAK | TAK/NIE\*,podać………….. |
|  | Leże zabezpieczone przed uderzeniami za pomocą 4 krążków odbojowych  | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Wózek wyposażony z obu stron w chromowane barierki boczne  | TAK | TAK/NIE\*,podać………….. |
|  | Regulacja segmentu pleców do 77 st. (+/- 13 stopni) Za pomocą sprężyny gazowej **(Zamawiający dopuszcza możliwość zaoferowania wózka o szerokości całkowitej 88 cm i modyfikuje zakres dopuszczalnej szerokości: 63÷88 cm w pkt. 4 OPZ. Zamawiający dopuszcza kąt nachylenia podgłówka: -25° - 60° (sprężyna gazowa)****Zamawiający dopuszcza regulację oparcia pleców za pomocą sprężyn gazowych w zakresie: 0-45o)** | TAK | TAK/NIE\*,podać………….. |
|  | 4 koła jezdne o średnicy 15 cm ÷ 20 cm**,** wykonane z tworzywa z blokada centralną i kierunkową. Dźwignie blokady oznaczony kolorystycznie.**(Zamawiający dopuszcza wózek wyposażony w 4 koła jezdne o średnicy 125mm, blokowane hamulcem centralnym)** | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Obciążenie min. 170 kg | TAK, podać | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | **DOKUMENTACJA PRODUKTU:*** Certyfikat CE / Deklaracja zgodności CE, Zgłoszenie / Przeniesienie / Wpis do rejestru wyrobów medycznych,

 **W pakiecie 6 Zamawiający dopuszcza deklarację zgodności bez znaku CE przy zastrzeżeniu, iż produkt został oznaczony znakiem CE, a z dokumentów (czyli deklaracji zgodności lub innego dokumentu) wynika, jakie normy spełnia wyposażenie.*** Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie
* Informacja o sposobie dezynfekcji i środkach, jakie należy stosować do mycia wyposażenia – przy dostawie
 | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | **GWARANCJA, SZKOLENIE I SERWIS:**1. Szkolenie z obsługi urządzenia i serwis gwarancyjny realizowany przez autoryzowany serwis producenta lub przez pracownika posiadającego uprawnienia nadane przez producenta do wykonywania napraw i przeglądów serwisowych.
 | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
| 1. Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat
 | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
| 1. Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat
 | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
| 1. Autoryzowane punkty serwisowe (podać adres i telefon, co najmniej jednego punktu).
 | TAK | TAK/NIE\*,podać………….. |
| 1. Maksymalna ilość napraw gwarancyjnych tego samego elementu, po których dany element zostanie wymieniony na nowy, wolny od wad: 3 naprawy gwarancyjne
 | TAK | TAK/NIE\*,podać………….. |
| 1. Wykonawca zobowiązuje się do przeprowadzenia przeglądów serwisowych oferowanego wyposażenia w okresie trwania gwarancji, które zostały wliczone w cenę oferty (obejmujących dojazd i robociznę), które zapewnią prawidłowe funkcjonowanie wyposażenia zgodnie z zaleceniami producenta, przy czym Zamawiający wymaga, by pierwszy przegląd został dokonany maksymalnie po upływie roku od momentu zakupu. Następny przegląd – zgodnie z zaleceniami producenta. Zamawiający wymaga, w przypadku gdy kolejny przegląd zgodnie z zaleceniami producenta wypada już poza okresem gwarancji, by Wykonawca przeprowadził taki przegląd przed upływem terminu gwarancji (np. przed upływem kolejnego, drugiego roku gwarancji, jeżeli gwarancja wynosi 2 lata).
 | TAK | TAK/NIE\*,podać………….. |
|  | Paszport techniczny (karta techniczna) będzie dostarczona wraz z urządzeniami, przy czym zawierać będzie (minimum) poniższe dane:* nazwa urządzenia pozwalająca zidentyfikować przeznaczenie urządzenia,
* nazwa producenta,
* typ urządzenia i numer seryjny,
* data rozpoczęcia eksploatacji.

W części ww. dokumentu dotyczącej remontów, napraw i badań stanu technicznego powinny znaleźć się zapisy dokumentujące:* uruchomienie urządzenia, przeprowadzenie testu,
* poświadczenie, że urządzenie jest sprawne i bezpieczne w użytkowaniu,
* datę wykonania powyższych czynności,
* datę, do której powinien zostać wykonany następny okresowy przegląd techniczny urządzenia.
 | TAK | TAK/NIE\*,podać………….. |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

**UWAGI:** W kolumnie „Odpowiedź Wykonawcy” w pozycjach TAK/NIE\* zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów.

* Oświadczamy, iż zaoferowany przedmiot zamówienia spełnia warunki opisane w specyfikacji istotnych warunków zamówienia (SIWZ) oraz posiada parametry opisane w Opisie Przedmiotu Zamówienia
* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
* Oświadczamy iż dostarczymy na swój koszt materiały potrzebne do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo.
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

 ........................................................................

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy