Załącznik nr 2 do SIWZ

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Wymagania techniczne – warunki graniczne i pożądane**

Oferowany sprzęt musi odpowiadać parametrom opisanym przez Zamawiającego

**Tabela 4. Część zamówienia nr 4 - Łóżka niemowlęce dla Oddziału Intensywnej Terapii dla Dzieci;**

**Przedmiot zamówienia: Łóżka niemowlęce – 2 sztuki**

Nazwa urządzenia/ mebla (podać typ): …………………………………………………………….……………………..……………………………….

Producent: …………………………………………………………….……………………..……………………………….

Kraj wytwórcy: …………………………………………………………….……………………..……………………………….

Dystrybutor na terenie RP: …………………………………………………………….……………………..……………………………….

| **Lp.** | **Opis parametrów i funkcji wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** |
|  | Aparat fabrycznie nowy, rok produkcji 2016 lub 2017 | Podać |  |
|  | Łóżko niemowlęce do intensywnej terapii: przejezdne. | Tak |  |
|  | Elektroniczna regulacja: oparcia, wysokości leża, Tredelenburga i Anty - Trendelenburga | Tak |  |
|  | Stopniowa regulacja podnóżka | Tak |  |
|  | Sterowanie za pomocą pilota | Tak |  |
|  | Boczne osłony z plexiglass-u  | Tak |  |
|  | Pokrycie antybakteryjnym, wodoodpornym materiałem | Tak |  |
|  | 4 częściowy materac | Tak |  |
|  | Plastikowa ochrona na zderzaki | Tak |  |
|  | Blokada kół z funkcją skrętu | Tak |  |
|  | Wymiary (84-90 x 165-170)cm | Tak |  |
|  | Wymiary materaca pasujące do zaoferowanego łóżka: (70-75x140-145) cm | Tak |  |
|  | Regulacja wysokości w minimalnym zakresie: 52-80cm | Tak |  |
|  | Regulacja kąta oparcia pleców w minimalnym zakresie: 0-65oC | Tak |  |
|  | Regulacja kąta Trendelenburga i Anty-Trendelenburga w minimalnym zakresie: 0-12oC | Tak |  |
|  | Regulacja kąta podnóżka w minimalnym zakresie: 0-30oC | Tak |  |
|  | Dopuszczalne minimalne obciążenie: 150kg | Tak |  |
| **DOKUMENTACJA PRODUKTU** |
|  | Wykonawca oświadcza, że wyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, nie było przedmiotem ekspozycji, wystaw itp. | TAK |  |
|  | Wykonawca gwarantuje, że wyżej wyspecyfikowane wyposażenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji | TAK |  |
|  | Certyfikat CE / Deklaracja zgodności CE | Tak / Załączyć |  |
|  | Zgłoszenie / Przeniesienie / Wpis do rejestru wyrobów medycznych | Tak / Załączyć |  |
|  | Instrukcja obsługi pisemna, w j. polskim – przy dostawie | Tak |  |
| **GWARANCJA, SZKOLENIE I SERWIS** |
|  | Okres gwarancji: **minimum 24 miesięcy** od daty podpisania protokołu zdawczo- odbiorczego | TAK, podać |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego użytkownika w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia zostało wliczone w cenę oferty. | Tak |  |
|  | Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat | Tak, podać |  |
|  | Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat | Tak |  |
|  | Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski | Tak, podać adres co najmniej jednego punktu | *Punkt (1)*Adres: …………………………………………………………………………….………………………………………………………….………………Telefon: ……………………………….………… |
|  | Maksymalna ilość napraw gwarancyjnych tego samego elementu, po których dany element zostanie wymieniony na nowy, wolny od wad: 3 naprawy gwarancyjne | Tak |  |
|  | Wykonawca zobowiązuje się do przeprowadzenia przeglądów serwisowych oferowanego sprzętu w okresie trwania gwarancji, które zapewnią jego prawidłowe funkcjonowanie. Przeglądy realizowane są zgodnych z zaleceniami producenta, przy czym Zamawiający wymaga, by pierwszy przegląd został dokonany maksymalnie po upływie roku od momentu zakupu. Następne przeglądy każdorazowo po upływie kolejnego roku. Koszt przeglądów w okresie trwania gwarancji zastał wliczony w cenę oferty. 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 (przed upływem kolejnego, drugiego roku gwarancji). | Tak |  |
|  | 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 |  |

###### Uwaga: Nie wypełnienie którejkolwiek z rubryk w kolumnie 4 tabeli „Parametry oferowane”, bądź nie spełnienie warunków granicznych będzie skutkować odrzuceniem oferty.

 Powyższe warunki graniczne stanowią wymagania odcinające. Nie spełnienie nawet jednego z w/w wymagań spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia. Zamawiający zastrzega sobie prawo do sprawdzenia wiarygodności podanych przez Wykonawcę parametrów technicznych we wszystkich dostępnych źródłach w tym również poprzez zwrócenie się o złożenie dodatkowych wyjaśnień przez Wykonawcę lub Producenta. Wszystkie podane parametry muszą być poparte prospektem firmowym, materiałami źródłowymi, poświadczeniami producenta w języku polskim lub w języku angielskim z tłumaczeniem na język polski odpowiednimi poświadczeniami pod rygorem odrzucenia oferty.

 Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

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

(podpis i pieczęć osoby uprawnionej

do reprezentowania firmy)