**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Pakiet nr 1 - Szafa do przechowywania leków anestetycznych (1 sztuka dla bloku operacyjnego)**

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……. |
|  | Szafa medyczna wykonana ze stali nierdzewnej typu 304 lub równoważnej.  Wymiary:  Szerokość 120 cm,  Wysokość wraz z nóżkami 200 cm maksymalnie do 220 cm,  Głębokość 55 ÷ 60 cm. | TAK | TAK/NIE\*  podać….. |
|  | Szafa dwudrzwiowa, otwierana skrzydłowo, posiadająca zamek. | TAK | TAK/NIE\*  podać….. |
|  | Drzwi pełne zbudowane z podwójnej ścianki, wypełnienie typu plaster miodu lub równoważne.  Drzwi wyposażone w gumową uszczelkę.  Uchwyty drzwi typu litera „C” lub równoważny. | TAK | TAK/NIE\*  podać….. |
|  | Podstawa szafy:  Nóżki z o wysokości ok. 14 cm (+/- 4 cm ) z możliwością regulacji i wypoziomowania. | TAK | TAK/NIE\*  podać….. |
|  | Regulowane metalowe półki odporne na korozję, wykonane ze stali nierdzewnej typu 304 lub równoważnej.  Szafa posiadająca 6 lub 7 półek czyli 7 do 8 przestrzeni. | TAK | TAK/NIE\*  podać….. |
|  | Wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpieczne | TAK | TAK/NIE\* podać………….. |
|  | **DOKUMENTACJA PRODUKTU:**   * Atest PZH, * Informacja o sposobie dezynfekcji i środkach, jakie należy stosować do mycia wyposażenia – przy dostawie. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | **SERWIS, GWARANCJA:**  Serwis gwarancyjny realizowany przez autoryzowany serwis producenta lub przez pracownika posiadającego uprawnienia nadane przez producenta do wykonywania napraw. | TAK | TAK/NIE\* |

\* 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

**Pakiet nr 1 - Szafa do przechowywania leków anestetycznych (1 sztuka dla bloku operacyjnego)**

*Zdjęcie poglądowe*



**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Pakiet nr 2 - Stojak na kroplówki (2 sztuki dla bloku operacyjnego)**

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……. |
|  | Stojak wyposażony w cztery ramiona zakończone hakami do zawieszania pojemników z płynami infuzyjnymi. | TAK | TAK/NIE\*  podać….. |
|  | Stojak regulowany ręcznie. Wysokość od 120 cm (+/- 10cm ) do 220 cm (+/- 20 cm) | TAK | TAK/NIE\*  podać….. |
|  | Podstawa jezdna pięcioramienna na kółkach, w tym min. dwa kółka z blokadą.  Koła jezdne z elastycznego materiału, niebrudzącego podłóg. | TAK | TAK/NIE\*  podać….. |
|  | Podstawa zapewniająca stabilność stojaka przy obciążeniu do 8 kg. Średnica podstawy ok. 60 cm (+/- 5 cm) | TAK | TAK/NIE\*  podać….. |
|  | Stojak wraz z podstawą wykonany ze stali nierdzewnej typu 304lub równoważnej. | TAK | TAK/NIE\*  podać….. |
|  | Wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpieczne | TAK | TAK/NIE\*  podać….. |
|  | **DOKUMENTACJA PRODUKTU:**   * Deklaracja zgodności z normami lub wpis do rejestru wyrobów medycznych - jeżeli dotyczy, Atest PZH, * Informacja o sposobie dezynfekcji i środkach, jakie należy stosować do mycia wyposażenia – przy dostawie | TAK | TAK/NIE\* |
|  | **SERWIS, GWARANCJA:**  Serwis gwarancyjny realizowany przez autoryzowany serwis producenta lub przez pracownika posiadającego uprawnienia nadane przez producenta do wykonywania napraw | TAK | TAK/NIE\* |

\* 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

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Pakiet nr 3 - Stolik opatrunkowy z półką (1 sztuka dla bloku operacyjnego)**

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……. |
|  | Stolik opatrunkowy (zabiegowy) posiadający:  - jedną półkę zamontowaną na stałe,  - uchwyt (od strony krótszego z boków). | TAK | TAK/NIE\*  podać….. |
|  | Wymiary zewnętrzne:  - szerokość (długość) 76 cm (+/- 2 cm ),  - głębokość 47 cm (+/- 3 cm ),  - wysokość 85 ÷ 88 cm.  Blat roboczy stolika o wymiarach: 65 x 40 cm (+/- 5 cm)  Odległość między blatem a półką ok. 45 cm (+/- 2 cm) | TAK | TAK/NIE\*  podać….. |
|  | Blaty oraz konstrukcja wykonana ze stali nierdzewnej | TAK | TAK/NIE\*  podać….. |
|  | Stolik na czterech kołach z odbojnikami z tworzywa sztucznego.  Średnica kół 11 cm (+/- 2 cm)  Minimum dwa koła z blokadą.  Koła wykonane z materiału nie brudzącego podłóg. | TAK | TAK/NIE\*  podać….. |
|  | Krawędzie zaokrąglone, bezpieczne | TAK | TAK/NIE\*  podać….. |
|  | **DOKUMENTACJA PRODUKTU:**   * Deklaracja zgodności z normami lub wpis do rejestru wyrobów medycznych - jeżeli dotyczy, Atest PZH, * Informacja o sposobie dezynfekcji i środkach, jakie należy stosować do mycia wyposażenia – przy dostawie | TAK | TAK/NIE\* |
|  | **SERWIS, GWARANCJA:**  Serwis gwarancyjny realizowany przez autoryzowany serwis producenta lub przez pracownika posiadającego uprawnienia nadane przez producenta do wykonywania napraw | TAK | TAK/NIE\* |

\* 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

**Pakiet nr 3 - Stolik opatrunkowy z półką (1 sztuka dla bloku operacyjnego)**

*Zdjęcie poglądowe*

