**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Pakiet nr 9 - Wózek opatrunkowy (1 sztuka dla oddział ortopedii)**

Nazwa Producenta …………………………

Nazwa/Typ/Model Urządzenia …………………………

Kraj pochodzenia …………………………

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/**  **Odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, nie powystawowe, rok produkcji nie wcześniejszy niż 2018 r., gotowe do użytkowana bez dodatkowych zakupów i inwestycji. | TAK | TAK/NIE\*  podać…… |
|  | Wyjmowana szuflada o wysokości 16 cm (+/- 4 cm) z systemem łatwego domykania. | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Blat wykonany z ABS łatwo zmywalny, odporny na środki dezynfekcyjne. Konstrukcja wykonana ze stali, aluminium oraz tworzywa sztucznego wysokiej jakości. | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Metalowy reling otaczający z 3 stron półkę zapobiegającą zsuwaniu się przedmiotów. | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Metalowy podwójny reling otaczający blat z 3 stron z zabezpieczeniem na butelki (patrz rysunek). | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Głęboka półka wyposażona w wyjmowany pojemnik. | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Poręczny kosz na odpady z pedałem zamontowany w ramie wózka | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Wymiary: 97/82/64 ( wysokość/szerokość/głębokość) +/-10 cm | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Uniwersalny pojemnik (min. 1) do przechowywania małych rzeczy (np. koszyczek na 2 pojemniki np. na igły metalowy chromowany lub malowany proszkowo) | TAK | TAK/NIE\*,  podać………….. |
|  | Wózek wyposażony w 4 koła w tym min. 2 powinny posiadać hamulec nożny | TAK | TAK/NIE\*,  podać………….. |
|  | **DOKUMENTACJA PRODUKTU:**   * Deklaracja zgodności z normami lub wpis do rejestru wyrobów medycznych - jeżeli dotyczy, * 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:**

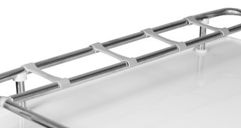
W kolumnie „Odpowiedź Wykonawcy” w pozycjach TAK/NIE\* zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów.

* 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 9 - Wózek opatrunkowy (1 sztuka dla oddział ortopedii)** *Zdjęcie poglądowe*



**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Pakiet nr 10 - Chłodziarka do przechowywania leków (1 sztuka dla oddział ortopedii)**

Nazwa Producenta …………………………

Nazwa/Typ/Model Urządzenia …………………………

Kraj pochodzenia …………………………

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/**  **Odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Chłodziarka do przechowywania leków fabrycznie nowa, nie powystawowa, rok produkcji nie wcześniejszy niż 2018 r., gotowa do użytkowana bez dodatkowych zakupów i inwestycji | TAK | TAK/NIE\*  podać….. |
|  | Chłodziarka przeznaczona do przechowywania leków posiadająca miernik temperatury oraz jej cyfrowy wskaźnik zewnętrzny, sterowana elektronicznie | TAK | TAK/NIE\*  podać …… |
|  | Alarm temperatury:   1. optyczny i dźwiękowy w przypadku awarii 2. braku zasilania | TAK | TAK/NIE\*  podać, opisać  …… |
|  | Wymiary zewnętrzne:  Wysokość maksymalna 120 cm  Szerokość/ głębokość 60 cm (+/- 10) | TAK | TAK/NIE\*  podać …… |
|  | Pojemność użytkowa około 115 L (+/-10 L) | TAK | TAK/NIE\*  podać …… |
|  | Płynna regulacja temperatury | TAK | TAK/NIE\*  podać …… |
|  | Minimalny zakres temperatur chłodzenia  od 0-2OC do 8-10OC | TAK | TAK/NIE\*  podać …… |
|  | Poziom hałasu max. 42 dB (+/-3 dB) | TAK | TAK/NIE\*  podać …… |
|  | Wentylator wyrównujący temperaturę wewnętrzną | TAK | TAK/NIE\*  podać …… |
|  | Kierunek otwierania drzwi prawy | TAK | TAK/NIE\*  podać …… |
|  | Automatyczne odszranianie | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Obudowa stalowa, malowana  Drzwi szklane z izolacją w ramie aluminiowej lub równoważne | TAK | TAK/NIE\*  podać …… |
|  | Drzwi wyposażone w zamek dla ochrony przed niepożądanym dostępem | TAK | TAK/NIE\*  podać …… |
|  | Półki wewnętrzne min. 3, druciane powlekane tworzywem z możliwością regulacji ich położenia  Cztery przestrzenie przechowywania. | TAK | TAK/NIE\*  podać …… |
|  | Wewnątrz oświetlenie LED z możliwością oddzielnego włączania | TAK | TAK/NIE\*  podać …… |
|  | Regulowane nóżki lub kółka z blokadą | TAK | TAK/NIE\*, |
|  | Klasa klimatyczna chłodziarki N lub SN   * N (umiarkowana): sprzęt jest przystosowany do pracy w temperaturze +16 °C - +32 °C * SN (rozszerzona umiarkowana): +10 °C - +32 °C | TAK | TAK/NIE\*,  podać………….. |
|  | **DOKUMENTACJA PRODUKTU:**   * Deklaracja zgodności z normami, Certyfikat TÜV/GS lub równoważny, * Informacja o sposobie dezynfekcji i środkach, jakie należy stosować do mycia wyposażenia – przy dostawie, * Świadectwo wzorcowania urządzenia – przy dostawie, * Instrukcja użytkowania – przy dostawie. | TAK | TAK/NIE\*, |
|  | Wykonawca zapewnia świadczenie usług serwisowych przez  autoryzowany serwis producenta lub przez pracownika posiadającego uprawnienia nadane przez producenta do wykonywania napraw.  Siedziba serwisu - dokładny adres i nr telefonu. | TAK, podać | Adres: ………………………  ………………………  Telefon: ………………………  e-mail: ……………………… |
|  | Czas naprawy nie dłuższy niż 72 godziny od zgłoszenia awarii w dni robocze | TAK | TAK/NIE\*,  podać………….. |
|  | Maksymalna ilość napraw tego samego elementu, po którym dany element zostanie zastąpiony nowym wolnym od wad  - 3 naprawy | TAK | TAK/NIE\*,  podać………….. |
|  | W okresie trwania gwarancji Wykonawca zobowiązuje się do załatwienia wszelkich formalności celnych, związanych z ewentualną wymianą urządzenia na nowe, jego wysyłką do naprawy gwarancyjnej i odbiorem lub importem we własnym zakresie- bez udziału Zamawiającego | 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

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Pakiet nr 12 - Szafki przyłóżkowe ze stolikiem przyjaciel dla dorosłych**

**(11 sztuk dla oddział ortopedii)**

Nazwa Producenta …………………………

Nazwa/Typ/Model Urządzenia …………………………

Kraj pochodzenia …………………………

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/**  **Odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Szafki przyłóżkowe ze stolikiem typu „przyjaciel”, fabrycznie nowe, nie powystawowe, rok produkcji nie wcześniejszy niż 2018 r., gotowe do użytkowana bez dodatkowych zakupów i inwestycji. | TAK | TAK/NIE\*  podać….. |
|  | Szafka z systemem bezpiecznego blokowania i odblokowania kół na wysokości ręki leżącego pacjenta  (możliwość wykonania większości czynności związanych z obsługą szafki przez pacjenta samemu – jedną ręką). | TAK | TAK/NIE\*  podać….. |
|  | Wymiary całkowite zewnętrzne szafki:  Szerokość / głębokość: 48 ÷ 52 cm  Wys. 93 cm (+/- 5 cm)  Blat boczny: dł. 35 cm , szer. 60 cm (+/- 5 cm)  Regulacja wys. blatu bocznego: około 73-110 cm (+/- 5 cm)  Średnica kół: 7,5 cm (+/- 1,5 cm) | TAK | TAK/NIE\*  podać….. |
|  | Szafka o stabilnej budowie i mobilnej podstawie (np. podwójne kółka) zapewniającej stabilność mebla przy rozłożonym blacie bocznym. | TAK | TAK/NIE\*  podać …… |
|  | Szkielet szafki wykonany ze stali lakierowanej proszkowo. | TAK | TAK/NIE\*  podać …… |
|  | Szafka dwustronna z możliwością postawienia po obu stronach łóżka. | TAK | TAK/NIE\*  podać …… |
|  | Blat główny i boczny zabezpieczony barierką / relingiem chroniącą przed zsunięciem się przedmiotów. | TAK | TAK/NIE\*  podać …… |
|  | Regulacja wysokości blatu bocznego wspomagana sprężyną gazową. | TAK | TAK/NIE\*  podać …… |
|  | Dwie szuflady wysuwane obustronnie – jedna pod blatem, druga kontener. | TAK | TAK/NIE\*  podać, opisać  …… |
|  | Półka wewnętrzna niezamykana z nieograniczonym dostępem z obu stron szafki. | TAK | TAK/NIE\*  podać …… |
|  | Półka typu koszyk pod korpusem szafki na basen lub obuwie. | TAK | TAK/NIE\*  podać …… |
|  | Na boku szfki uchwyt poziomy typu litera „C”. | TAK | TAK/NIE\*  podać …… |
|  | **DOKUMENTACJA PRODUKTU:**   * Deklaracja zgodności z normami lub wpis do rejestru wyrobów medycznych - jeżeli dotyczy, * 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 12 - Szafki przyłóżkowe ze stolikiem przyjaciel dla dorosłych**

*Zdjęcie poglądowe*

