**ZMODYFIKOWANY dnia 12.07.2019r. 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)  [200÷220 cm] | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Szerokość segmentów leża (z poręczami) 73 cm ( +/- 10 cm)  [63÷83 cm] | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Wymiary leża: 193 x 60 cm ( +/- 5 cm )  [188÷198 cm x 55÷65 cm] | 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÷94 cm** | 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 | 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. | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Obciążenie min. 170 kg | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | **DOKUMENTACJA PRODUKTU:**   * Certyfikat CE / Deklaracja zgodności CE, Zgłoszenie / Przeniesienie / Wpis do rejestru wyrobów medycznych, * 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