Załącznik nr 2 do SIWZ

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Pakiet nr 9

**Stolik zabiegowy – 2 sztuki**

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………….. |
|  | Wymiary zewnętrzne wózka (bez wyposażenia dodatkowego): 100 cm, 70 cm, 56 cm (wysokość od podłoża do blatu górnego/szerokość/głębokość) (+/-20 cm). Wymiar szafki i półki: szerokość 60÷70 cm, głębokość 50÷56 cm. | TAK | TAK/NIE\*,Podać………….. |
|  | Blat górny wykonany z ABS łatwo zmywalny, odporny na środki dezynfekcyjne z burtami zapobiegającą zsuwaniu się przedmiotów z 3 stron z pogłębieniem. Szafka i półka wykonane ze stali malowanej proszkowo lub rozwiązanie równoważne. | TAK | TAK/NIE\*………….. |
|  | Konstrukcja wykonana ze stali, aluminium oraz tworzywa sztucznego wysokiej jakości.Boki szafki zbudowane w sposób zapewniający łatwy montaż i demontaż wyposażenia dodatkowego np. na szynie z profilu aluminiowego lub rozwiązanie równoważne. Podstawa szafki stalowa pokryta tworzywem ABS pełniąca funkcję półki dolnej.Odboje dolne scalone z podstawą szafki.  | TAK | TAK/NIE\*Podać………….. |
|  | Szafka pod blatowa składająca się z:- wysuwanego z przodu wózka blatu roboczego (stanowiącego dodatkową powierzchnię) z systemem łatwego domykania i wyjmowania, - dwóch wyjmowanych szuflad z systemem łatwego domykania. Szafka zamykana centralnym zamkiem. | TAK | TAK/NIE\*Podać………….. |
|  | Półka w przestrzeni pomiędzy szafką a podstawą.Łatwy montaż i demontaż półki przez personel medyczny. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Uchwyty w kształcie litery „C” po obu bokach szafki. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Akcesoria montowane na bokach wózka:1. pojemnik na odpady otwierany kolanem posiadający wyjmowany wkład wewnętrzny **lub** pojemnik na odpady na pedał, minimalna pojemność pojemnika 5 L i nie większy niż 10 L
2. Koszyczek owalny na 2 pojemniki np. na igły metalowy chromowany lub malowany proszkowo.

(Najczęściej używane przez Zamawiającego pojemniki na igły: średnica górna pojemnika ok. 12÷13 cm, średnica dolna 10,5÷11 cm, wysokość 20 cm)1. Listwa sieciowa minimum 3 gniazda.
 | 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\* |

UWAGI:

1. W kolumnie „Parametry wymagane i oceniane” w zakresie:

- Parametrów wymaganych umieszczono „TAK, podać/opisać” wpisanie odpowiedzi NIE lub pozostawienie pola pustego czyli brak odpowiedzi oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów, a oferta Wykonawcy podlegać będzie odrzuceniu.

1. Do dostawy Wykonawca jest zobowiązany dołączyć wszystkie akcesoria potrzebne do sprawdzenia wszystkich wymaganych przez Zamawiającego funkcji.
* 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, fabrycznie nowy z min. 2020 roku i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.
* Oświadczamy, iż zapewniamy w swoim zakresie opiekę serwisową w okresie trwania gwarancji,

