Załącznik nr 2 do SIWZ

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

**Pakiet nr 1 - Wózek do przewożenia pacjenta w pozycji leżącej dla dorosłych – Izba Przyjęć (1 szt.)**

Nazwa Producenta ………………………………

Nazwa/Model/Typ Urządzenia ………………………………

Kraj pochodzenia ………………………………

| Lp. | Parametry techniczne i funkcje | Parametry wymagane (TAK) | Odpowiedź WykonawcyTAK / NIEOpisoferowanych parametrów |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **PARAMETRY**
 |
|  | Wózek do przewozu pacjenta w pozycji leżącej przeznaczony dla osób dorosłych. Rok produkcji 2020. | Tak, podać |  |
|  | Konstrukcja wózka wykonana jest z profili stalowych pokrytych lakierem proszkowym. | Tak, podać |  |
|  | Długość całkowita leża (z odbojami) min. 2000 mm do max. 2200 mm. | Tak, podać |  |
|  | Całkowita szerokość zewnętrzna wraz z poręczami bocznymi min. 750 mm do max. 880 mm. | Tak, podać |  |
|  | Rama leża posiada w min 4 krążki odbojowe zabezpieczające przed uderzeniami. | Tak, podać |  |
|  | Uchwyt od strony nóg pacjenta umożliwiający prowadzenie wózka. Uchwyt na całej szerokość leża posiadający zaokrąglone naroża.  | Tak, podać |  |
|  | Materac o grubości 60 mm (+/- 10 mm), twardy.(Umożliwiający reanimację pacjenta leżącego na wózku)Wymiary materaca: szer. 580 ÷ 700 mm, dł. 1900 ÷ 2000 mm. | Tak, podać |  |
|  | Materac pokryty materiałem nieprzemakalnym.Powierzchnie wózka odporne na środki dezynfekcyjne, przebarwienia i substancje pochodzenia biologicznego. Kolor materaca: czarny.  | Tak, podać |  |
|  | Regulacja wysokości leża hydrauliczna za pomocą obustronnej dźwigni nożnej/ pompy hydraulicznej. Regulacja wysokości leża wózka od podłogi w zakresie: od 500 mm (+/- 100 mm) do 950 mm (+/- 100 mm). | Tak, podać |  |
|  | Leże dwuczęściowe pokryte odejmowanym materacem.Segmenty wypełnione płytą laminatową/ tworzywową HLP.  | Tak, podać |  |
|  | Wózek wyposażony z obu stron w barierki boczne (poręcze) spełniające normę bezpieczeństwa EN 60601-2-52. Barierki boczne składane o wysokości min. 250 mm (+/- 50 mm) powyżej leża.  | Tak, podać |  |
|  | Przechyły wzdłużne leża oraz regulacja pochylenia oparcia pleców wspomagane sprężynami gazowymi z blokadą. | Tak, podać |  |
|  | Regulacja segmentu pleców od 0 do 77 st. (+/- 15 stopni). | Tak, podać |  |
|  | Przechyły wzdłużne leża o płynnej regulacji:- kąt przechyłu Trendelenburga 0°-18° (≥ 25°),- kąt przechyłu anty-Trendelenburga min. 0°-12° (≥20°) | Tak, podać |  |
|  | Podstawa wózka osłonięta obudową/ osłoną. Minimum jedna z osłon pełniąca rolę kosza podręcznego / półki (np. na rzeczy pacjenta).  | Tak, podać |  |
|  | Wózek wyposażony w kosz na butle z tlenem lub rozwiązanie równoważne. | Tak, podać |  |
|  | Wózek posiadający wieszak na kroplówki z koszami na butelkę i minimum dwoma hakami na kroplówkę. Możliwość montażu wieszaka kroplówki w narożnikach leża, min. 2 narożnikach przy segmencie pleców lub bioder.  | Tak, podać |  |
|  | Wózek wyposażony w 4 koła jezdne o średnicy 150 mm ÷ 200 mm**,** wykonane z tworzywa. Koła z blokada centralną i kierunkową, z jednym kołem do jazdy na wprost. Dźwignie blokady oznaczony kolorystycznie. | Tak, podać |  |
|  | Bezpieczne obciążenie robocze wózka min. 200 kgMaksymalny udźwig 250 kg. | Tak, podać |  |
| 1. **Serwis gwarancyjny**
 |
|  | Okres gwarancji min. 24 m-ce.  | Tak, podać |  |
|  | W okresie gwarancji min. 2 przeglądy techniczne wliczone w cenę oferty. | Tak, podać |  |
|  | Gwarancja produkcji części zamiennych na min. 10 lat od dostawy. | Tak, podać |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego (użytkownika) w zakresie eksploatacji i obsługi wyposażenia zostało wliczone w cenę oferty przetargowej. | Tak, podać |  |

UWAGI:

1. W kolumnie „Parametry wymagane” w zakresie:

- Parametrów wymaganych umieszczono „TAK, podać” wpisanie odpowiedzi NIE lub pozostawienie pola pustego czyli brak odpowiedzi w kolumnie „Odpowiedź Wykonawcy” 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 dla wszystkich kategorii wiekowych
* 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 dostarczymy na swój koszt materiały potrzebne do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.
* Oświadczamy, iż zapewniamy w swoim zakresie pełną opiekę serwisową w okresie trwania gwarancji, w tym bieżącą konserwację przedmiotu zamówienia oraz zobowiązuje się do przeprowadzenia przeglądów serwisowych przedmiotu zamówienia w całym okresie trwania gwarancji zgodnie z zaleceniami producenta, które zapewnią jego prawidłowe funkcjonowanie. Koszt przeglądów gwarancyjnych, utrzymania sprawności urządzenia i jego naprawy w przypadku awarii zastał wliczony w cenę oferty przetargowej wraz z kosztami dojazd techników/ serwisantów do siedziby Zamawiającego.
* Oświadczamy, iż przy dostawie przedmiotu zamówienia Użytkownikowi zostanie dostarczona:
1. instrukcja obsługi w języku polskim (CD lub pisemna),
2. dokumenty dopuszczające urządzenie do obrotu i użytkowania na terenie gospodarczym UE oraz potwierdzające zgodność z normami UE,
3. karta gwarancyjna,
4. wykaz polecanych i autoryzowanych przez producenta serwisów technicznych,
5. Paszport techniczny (karta techniczna) będzie dostarczona wraz z urządzeniami, przy czym zawierać będzie (minimum) poniższe dane:
6. nazwa urządzenia pozwalająca zidentyfikować przeznaczenie urządzenia,
7. nazwa producenta,
8. typ urządzenia i numer seryjny,

W części ww. dokumentu dotyczącej remontów, napraw i badań stanu technicznego powinny znaleźć się zapisy dokumentujące:

1. uruchomienie urządzenia, przeprowadzenie testu (bezpieczeństwa elektrycznego),
2. poświadczenie, że urządzenie jest sprawne i bezpieczne w użytkowaniu,
3. datę wykonania powyższych czynności,
4. datę, do której powinien zostać wykonany następny okresowy przegląd techniczny urządzenia.

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

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy