**Załącznik nr 2**

**Pakiet 4. Wózek leżący transportowy – 1 szt.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………..**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2019**

**Do oferty należy załączyć materiały w języku polskim potwierdzające spełnienie poniższych wymagań – z zaznaczeniem w tabeli nr strony na której jest potwierdzony dany parametr, w załączonych materiałach należy zakreślić właściwy fragment i wpisać którego punktu dotyczy.**

Odpowiedź NIE w kolumnie „parametr wymagany” ” lub „parametr oferowany” spowoduje odrzucenie oferty

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | PARAMETRY TECHNICZNE | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETR OCENIANY/ PUNKTACJA | PARAMETR OFEROWANY (podać nr strony w materiałach informacyjnych) |
| **A.** | **PARAMETRY OGÓLNE** | |  |  |
|  | Wymiary zewnętrzne 2050 x 750 mm (+/- 50 mm)  dopuszczono 2210 mm x 800 mm  dopuszczono wózek o długości całkowitej 2130 mm  dopuszczono 2130 x 8300 mm  zgodnie z odpowiedziami z dnia 20.02.2019 | TAK podać | - |  |
|  | Wymiary leża 1950 x 650 mm (+/- 50 mm) | TAK podać | - |  |
|  | Regulacja wysokości leża nożna hydrauliczna w zakresie 600 - 900 mm (+/- 50 mm)  Dopuszczono 560-860 mm | TAK podać | - |  |
|  | Regulacja przechyłów wzdłużnych nożna hydrauliczna min. +/- 12 ˚  zgodnie z odpowiedziami z dnia 20.02.2019 | TAK podać | - |  |
|  | Leże 2 segmentowe, w tym 1 segment ruchomy | TAK | - |  |
|  | Leże przezierne dla promieni RTG, możliwość wykonywania zdjęć Ramieniem C. | TAK/NIE  (*Odpowiedź nie, nie spowoduje odrzucenia oferty)* | - |  |
|  | Regulacja segmentu pleców wspomagana sprężyną gazową w zakresie minimum 0 – 70o. Zamawiający dopuszcza szersze zakresy. | Tak, podać | - |  |
|  | Koła o średnicy min 200mm z centralną oraz kierunkową blokadą kół, dźwignie hamulca przy każdym narożniku.  Dopuszczono dźwignie hamulca zlokalizowane w centralnej części podstawy wózka od strony nóg oraz głowy pacjenta | TAK, podać | - |  |
|  | Bezpieczne obciążenie robocze pozwalające na bezpieczną pracę w sytuacjach ratowania życia np. reanimacji min 220 kg | TAK podać | - |  |
|  | Leże wózka oparte na dwóch szczelnych kolumnach cylindrycznych. Kolumny zabezpieczone tworzywowymi pierścieniami chroniącymi przed wnikaniem płynów i pyłów do wewnątrz. | TAK | - |  |
|  | Listwy odbojowe na bokach wózka. W narożnikach leża krążki odbojowe | TAK | - |  |
|  | Tworzywowa obudowa podwozia z wyprofilowanym pojemnikiem np. na butle z tlenem czy też osobiste rzeczy pacjenta | TAK | - |  |
|  | Materac o grubości min 60mm, pozwalający przebywać pacjentowi nawet do 24h bez ryzyka powstania odleżyn. Możliwość wykorzystania wózka jako łóżko pobytowe do 24h | TAK, podać | - |  |
|  | Barierki boczne metalowe w pełni zabezpieczające pacjenta składane wzdłuż ramy leża Dopuszczono barierki boczne zabezpieczające pacjenta na długości min. 80% leża.  Barierki składające się z sześciu pionowych szczebli połączonych tworzywowymi nakładkami. Dopuszczono barierki składające się z pięciu pionowych szczebli bez tworzywowych nakładek.  Dopuszczono barierki o długości 1424,6 mm, wysokość barierek: 357,2 mm  zgodnie z odpowiedziami z dnia 20.02.2019 | TAK | - |  |
|  | Wózek wyposażony w wysuwany metalowy, lakierowany szczyt z tworzywową nakładką w górnej części, służący jednocześnie do transportu wózka. Szczyt wysuwany spod leża. Możliwość wyboru przez Zamawiającego – lokalizacja od strony głowy lub nóg  Lub  wózek wyposażony od strony głowy pacjenta w uchwyty służące do transportu wózka, z możliwością składania ich pod ramę leża w celu bezpiecznego i łatwego dostępu do pacjenta; uchwyty chromowane z tworzywową nakładką  Zamawiający dopuszcza wózek który wyposażony jest w składane rączki z wygodną nakładką służące do pchania zlokalizowane od strony głowy  Dopuszczono wózki transportowe, które posiadają chromowane, składane uchwyty do prowadzenia wózka od strony głowy pacjenta z tworzywową nakładką? Konstrukcja wózków nie wymaga, aby uchwyty były składane pod ramę leża  Dopuszczono uchwyt do prowadzenia od strony nóg z dodatkową półką na monitor pacjenta oraz dokumenty  zgodnie z odpowiedziami z dnia 20.02.2019 | Tak | - |  |
|  | Wyposażenie:  - materac,  - wieszak kroplówki  - miejsce na butlę z tlenem  - uchwyt na rolkę prześcieradeł jednorazowych | TAK | - |  |
| **B.** | **INNE** |  |  |  |
| 1 | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą | - |  |
| C | Warunki gwarancji |  |  |  |
|  | Okres udzielonej gwarancji min. 24 miesiące | TAK, podać | 24 m – 0 pkt  36 m – 2 pkt.  48 m – 4 pkt.  60 m – 6pkt.  72 m – 8 pkt |  |
| D | Koszty eksploatacji pogwarancyjnej oraz obsługi serwisowej pogwarancyjnej | | | |
|  | Materiały eksploatacyjne niezbędne do wymiany zgodnie z zaleceniami producenta w przeliczeniu na okres eksploatacji  6 lat – podać łączną cenę brutto | Podać | - |  |
|  | Częstotliwość wykonania przeglądów technicznych zalecanych przez producenta | podać | - |  |
|  | Wykonawca gwarantuje Zamawiającemu pełen zakres odpłatnej obsługi pogwarancyjnej w Polsce przez serwis firmy producenta w okresie co najmniej 10 lat od daty dostawy | TAK | - |  |
|  | Koszt rocznego, pełnego kontraktu serwisowego (wartość netto, waluta PLN) zawierającego wszystkie koszty (w tym m.in. wszystkie części zamienne i przeglądy), | TAK, podać | . |  |
|  | Koszt przeglądu technicznego urządzenia wraz z dojazdem do Zamawiającego oraz niezbędnymi do wymiany częściami, zalecanymi do wymiany przez producenta przy przeglądzie technicznym (wartość netto, waluta PLN) po upływie okresu gwarancyjnego. | TAK, podać | . |  |
|  | Iloczyn częstotliwości przeglądów technicznych wymaganych przez producenta urządzenia i pełnych kosztów przeglądów technicznych (w tym niezbędnymi do wymiany częściami, zalecanymi do wymiany przez producenta przy przeglądzie technicznym, z wyłączeniem kosztów dojazdu) w przeliczeniu dla 6 lat eksploatacji | TAK, podać | . |  |

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

………...............................................................................

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo