

**Załącznik nr 7 do SWZ 12/2021**

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia**

**(ZESTAWIENIE PARAMETRÓW**

**WYMAGANYCH I PODLEGAJĄCYCH OCENIE)**

**Różny sprzęt medyczny**

**1. Aparat do pomiaru ciśnienia krwi**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **WARTOŚĆ GRANICZNA/ OCENA PUNKTOWA** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Model | Podać |  |
| 3 | Rok produkcji 2021, urządzenie nowe, nieużywane | TAK |  |
| **Dane sprzętu medycznego** |  |  |
| 4. | W pełni automatyczny proces pomiaru ciśnienia na ramieniu. | TAK |  |
| 5. | Prosta obsługa za pomocą tylko jednego przycisku. | TAK |  |
| 6. | Detekcja arytmii z oceną stopnia wykrytych nieregularności rytmu. | TAK |  |
| 7. | System inteligentnego i optymalnego pompowania powietrza - bez ponownego pompowania. | TAK |  |
| 8. | Wskaźnik poruszeń podczas pomiaru pomaga uniknąć nieprawidłowych pomiarów. | TAK |  |
| 9. | Duży i wyraźny 3 cyfrowy wyświetlacz. | TAK |  |
| 10. | Pamięć 60 pomiarów z długoterminowym profilem. | TAK |  |
| 11. | Skala oceny ciśnienia tętniczego w pełnej zgodności z zaleceniami WHO. | TAK |  |
| 12. | Uniwersalny rozmiar mankietu 22-42 cm pasujący również dla osób otyłych. | TAK |  |
| 13. | Dodatkowe wyliczenie średnich wartości ciśnienia oraz pulsu. | TAK |  |
| 14. | Automatyczne wyłączenie po 1 minucie bezczynności. | TAK |  |
| 15. | Załączone 4 baterie AA, karta pomiaru ciśnienia oraz etui materiałowe. | TAK |  |
| 16. | Możliwość zasilania przez [zasilacz](https://diamedica.pl/product-pol-113-Zasilacz-sieciowy-do-cisnieniomierzy-Boso-Medicus.html) ścienny | TAK |  |
| **Inne** |  |  |
| 1. | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej i elektronicznej, paszport techniczny. | TAK |  |
| 2. | Gwarancja min. 24 miesiące od daty podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego przez obie strony (podać liczbę miesięcy)  | 24 m-ce – 0 pkt36 m-cy – 0,3 pkt48 m-cy – 0,6 pkt60 m-cy – 1 pkt |  |
| 3. | Przeglądy okresowe w okresie trwania gwarancji na koszt dostawcy, zgodnie z zaleceniami producenta. Przeglądy wykonywane w siedzibie szpitala. | TAK |  |
| 4. | Każdy dzień przestoju spowodowany niesprawnością oferowanego sprzętu przedłuża okres gwarancji. | TAK |  |
| 5. | Czas podjęcia naprawy do 2 dni roboczych od zgłoszenia konieczności przeprowadzenia naprawy. | TAK |  |
| 6. | W przypadku, gdy naprawa urządzenia (lub jego części) przedłuża się ponad 60 dni lub pomimo wykonania 3 napraw urządzenia (lub jego części) nie uda przywrócić się do pełnej sprawności urządzenie (lub jego część) podlega wymianie na nowe wolne od wad. | TAK |  |
| 7. | W przypadku, gdy w okresie 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia konieczności przeprowadzenia naprawy przedmiot umowy nie odzyska sprawności, Wykonawca, począwszy od 6 dnia roboczego, obowiązany jest do zapewnienia urządzenia zastępczego na czas naprawy. | TAK |  |
| 8. | Wykonawca zapewni części zamienne i materiały eksploatacyjne przez okres 10 lat. | TAK |  |
| 9. | Wykonawca zapewni pełny autoryzowany serwis przez uprawnioną jednostkę gwarantująca skuteczną interwencję serwisową w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym dla oferowanego sprzętu. | TAK |  |
| 10. | Szkolenie w zakresie obsługi dla pracowników medycznych oraz obsługi technicznej dla pracowników Działu Aparatury Medycznej i Transportu. | TAK |  |
| 11. | Deklaracja zgodności/certyfikat zgodności CE świadczący o zgodności urządzenia z europejskimi warunkami bezpieczeństwa, wpis lub zgłoszenie do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. | TAK |  |
| 12. | Aparatura dopuszczona do obrotu na terytorium Polski, posiadająca wszelkie wymagane przez przepisy prawa świadectwa, certyfikaty, atesty, deklaracje zgodności, itp. oraz spełniająca wszelkie wymogi w zakresie norm bezpieczeństwa obsługi | TAK |  |
| 13. | Zaoferowane według ww. wymagań urządzenia muszą być i gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów, poza materiałami eksploatacyjnymi. | TAK |  |

**2. Pulsoksymetr**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **WARTOŚĆ GRANICZNA/ OCENA PUNKTOWA** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Model | Podać |  |
| 3 | Rok produkcji 2021, urządzenie nowe, nieużywane | TAK |  |
| **Dane sprzętu medycznego** |  |  |
| 4. | Kolorowy ekran LCD TFT o przekątnej co najmniej 2.4” i rozdzielczości 320x240 | TAK |  |
| 5. | Tryby pracy: monitorowanie oraz wyrywkowa kontrola | TAK |  |
| 6. | Wyświetlanie krzywej pletyzmograficznej, wartości saturacji, częstości pulsu | TAK |  |
| 7. | Wyświetlanie wskaźnika amplitudy tętna | TAK |  |
| 8. | Zakres pomiarowy %SpO2 co najmniej od 1 do 100%, częstości pulsu od 20 do 300 P/min | TAK |  |
| 9. | Rozdzielczość SpO2 1%, dokładność pomiaru minimum ±3% w zakresie 70-100% | TAK |  |
| 10. | Czas odświeżania 1s | TAK |  |
| 11. | Możliwość współpracy z czujnikami Nellcor | TAK |  |
| 12. | Alarmy: | TAK |  |
| a) | sygnalizacja dźwiękowa i wizualna, 3 poziomy ważności | TAK |  |
| b) | ustawianie dolnej i górnej granicy alarmowej saturacji | TAK |  |
| c) | ustawianie dolnej i górnej granicy alarmowej częstości pulsu | TAK |  |
| 13. | Zasilanie: | TAK |  |
| a) | z sieci prądu zmiennego | TAK |  |
| b) | z wewnętrznego akumulatora - czas pracy co najmniej 20 godziny, czas ładowania do 100% pojemności maksimum 2 godziny | TAK |  |
| c) | z wewnętrznych baterii – czas pracy co najmniej 36 godzin | TAK |  |
| 14. | Na wyposażeniu czujnik SpO2 dla dorosłych | TAK |  |
| 15. | Waga urządzenia z wewnętrznym akumulatorem < 300 g | TAK |  |
| 16. | Ochrona pulsoksymetru przed przedostaniem się płynu i ciał stałych co najmniej IPX2 | TAK |  |
| 17. | Możliwość przesyłania danych do komputera osobistego poprzez przewód lub port podczerwieni | TAK |  |
| 18. | Wysyłanie danych do komputera w czasie rzeczywistym poprzez adapter podczerwieni | TAK |  |
| 19. | Zapamiętywanie co najmniej 4000 zestawów danych od co najmniej 90 pacjentów | TAK |  |
| 20. | Zapamiętywanie trendów monitorowanych parametrów co najmniej 90 godzin przy rozdzielczości 2 sekundy | TAK. |  |
| 21. | Obsługa poprzez menu w języku polskim | TAK |  |
| **Inne** |  |  |
| 1. | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej i elektronicznej, paszport techniczny. | TAK |  |
| 2. | Gwarancja min. 24 miesiące od daty podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego przez obie strony (podać liczbę miesięcy)  | 24 m-ce – 0 pkt36 m-cy – 1 pkt48 m-cy – 2,5 pkt60 m-cy – 4 pkt |  |
| 3. | Przeglądy okresowe w okresie trwania gwarancji na koszt dostawcy, zgodnie z zaleceniami producenta. Przeglądy wykonywane w siedzibie szpitala. | TAK |  |
| 4. | Każdy dzień przestoju spowodowany niesprawnością oferowanego sprzętu przedłuża okres gwarancji. | TAK |  |
| 5. | Czas podjęcia naprawy do 2 dni roboczych od zgłoszenia konieczności przeprowadzenia naprawy. | TAK |  |
| 6. | W przypadku, gdy naprawa urządzenia (lub jego części) przedłuża się ponad 60 dni lub pomimo wykonania 3 napraw urządzenia (lub jego części) nie uda przywrócić się do pełnej sprawności urządzenie (lub jego część) podlega wymianie na nowe wolne od wad. | TAK |  |
| 7. | W przypadku, gdy w okresie 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia konieczności przeprowadzenia naprawy przedmiot umowy nie odzyska sprawności, Wykonawca, począwszy od 6 dnia roboczego, obowiązany jest do zapewnienia urządzenia zastępczego na czas naprawy. | TAK |  |
| 8. | Wykonawca zapewni części zamienne i materiały eksploatacyjne przez okres 10 lat. | TAK |  |
| 9. | Wykonawca zapewni pełny autoryzowany serwis przez uprawnioną jednostkę gwarantująca skuteczną interwencję serwisową w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym dla oferowanego sprzętu. | TAK |  |
| 10. | Szkolenie w zakresie obsługi dla pracowników medycznych oraz obsługi technicznej dla pracowników Działu Aparatury Medycznej i Transportu. | TAK |  |
| 11. | Deklaracja zgodności/certyfikat zgodności CE świadczący o zgodności urządzenia z europejskimi warunkami bezpieczeństwa, wpis lub zgłoszenie do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. | TAK |  |
| 12. | Aparatura dopuszczona do obrotu na terytorium Polski, posiadająca wszelkie wymagane przez przepisy prawa świadectwa, certyfikaty, atesty, deklaracje zgodności, itp. oraz spełniająca wszelkie wymogi w zakresie norm bezpieczeństwa obsługi | TAK |  |
| 13. | Zaoferowane według ww. wymagań urządzenia muszą być i gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów, poza materiałami eksploatacyjnymi. | TAK |  |

**3. Płuczka dezynfektor basenów i kaczek**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **WARTOŚĆ GRANICZNA/ OCENA PUNKTOWA** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Model | Podać |  |
| 3 | Rok produkcji 2021, urządzenie nowe, nieużywane | TAK |  |
| **Dane sprzętu medycznego** |  |  |
| 4. | Myjnia do pojemników na płyny fizjologiczne i biologiczne pacjentów – urządzenie fabrycznie nowe | TAK |  |
| 5. | Konstrukcja i działanie myjni zgodne z wymaganiami normy PN EN ISO 15883-1, -3 | TAK |  |
| 6. | Wymiary gabarytowe 600 x 630 x 1460 mm (S x G x W) (+/- 5 %) | TAK |  |
| 7. | Drzwi otwierane uchylnie gwarantujące załadunek na ergonomicznej wysokości | TAK |  |
| 8. | Pojemność komory min. 72 litrów o wymiarach 480x360x640 mm (szer. x głęb. x wys.) +/- 5 % | TAK |  |
| 9. | Myjnia przeznaczona do jednoczesnego mycia 4 kaczek i 2 basenów | TAK |  |
| 10. | Ogrzewanie elektryczne | TAK |  |
| 11. | 3 dysze obrotowe oraz 7 stałych dysz natryskowych | TAK |  |
| 12. | Dostosowanie myjni do mycia naczyń plastikowych, jak i emaliowanych | TAK |  |
| 13. | W pełni automatyczne sterowanie mikroprocesorowe PLC | TAK |  |
| 14. | Mycie i dezynfekcja parą w całym urządzeniu (w tym w komorze, zbiorniku na wodę oraz spuście) przy minimalnym zużyciu wody i energii | TAK |  |
| 15. | Automatyczne opróżnianie mytych i dezynfekowanych naczyń i pojemników | TAK |  |
| 16. | Komunikat o braku detergentu niezbędnego do zakończenia cyklu | TAK |  |
| 17. | Fazy wyświetlane w formie tekstowej | TAK |  |
| 18. | Wyświetlany czas pozostały do końca cyklu | TAK |  |
| 19. | Informacja świetlna i tekstowa o zakończeniu cyklu | TAK |  |
| 20. | Wyświetlana informacja o błędach | TAK |  |
| 21. | Możliwość dokonywania zmian parametrów procesu przez użytkownika. | TAK |  |
| 22. | Blokada drzwi w trakcie trwania procesu | TAK |  |
| 23. | Bezdotykowe otwieranie i zamykanie drzwi (wbudowana fotokomórka) | TAK |  |
| 24. | Panel obsługi w języku polskim umożliwiający wybór dowolnego programu | TAK |  |
| 25. | Maksymalne zużycie wody na cykl 9 litrów | TAK |  |
| 26. | Średnica spustu 90 – 110 mm | TAK |  |
| 27. | Maksymalna moc 7,5 kW +/- 5% | TAK |  |
| 28. | Myjnia z wbudowaną wytwornicą pary | TAK |  |
| 29. | Wbudowany kondensator pary | TAK |  |
| 30. | Zintegrowane miejsce na pojemnik z detergentem | TAK |  |
| 31. | Izolacja dźwiękowa i akustyczna | TAK |  |
| 32. | Urządzenie (obudowa i komora mycia) wykonane w całości ze stali nierdzewnej | TAK |  |
| 33. | Automatyczne odmierzanie i dozowanie środków myjących i dezynfekujących | TAK |  |
| 34. | Dostęp do ustawień parametrów procesu zabezpieczony kodem | TAK |  |
| 35. | Obudowa myjni, komora, ramiona natryskowe, elementy grzewcze, rama nośna wykonane ze stali nierdzewnej. | TAK |  |
| 36. | Pompa cyrkulacyjna min 600 l/min | TAK |  |
| 37. | Zasilanie elektryczne 240/400V 3N 50Hz 7.5kW 16A | TAK |  |
| 38. | Zabezpieczenie przed zalaniem i przegrzaniem | TAK |  |
| 39. | Sygnalizacja świetlna i akustyczna awarii | TAK |  |
| 40. | Wyrób medyczny | TAK |  |
| **Inne** |  |  |
| 1. | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej i elektronicznej, paszport techniczny. | TAK |  |
| 2. | Gwarancja min. 24 miesiące od daty podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego przez obie strony (podać liczbę miesięcy)  | 24 m-ce – 0 pkt36 m-cy – 4 pkt48 m-cy – 8 pkt60 m-cy – 12 pkt |  |
| 3. | Przeglądy okresowe w okresie trwania gwarancji na koszt dostawcy, zgodnie z zaleceniami producenta. Przeglądy wykonywane w siedzibie szpitala. | TAK |  |
| 4. | Każdy dzień przestoju spowodowany niesprawnością oferowanego sprzętu przedłuża okres gwarancji. | TAK |  |
| 5. | Czas podjęcia naprawy do 2 dni roboczych od zgłoszenia konieczności przeprowadzenia naprawy. | TAK |  |
| 6. | W przypadku, gdy naprawa urządzenia (lub jego części) przedłuża się ponad 60 dni lub pomimo wykonania 3 napraw urządzenia (lub jego części) nie uda przywrócić się do pełnej sprawności urządzenie (lub jego część) podlega wymianie na nowe wolne od wad. | TAK |  |
| 7. | W przypadku, gdy w okresie 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia konieczności przeprowadzenia naprawy przedmiot umowy nie odzyska sprawności, Wykonawca, począwszy od 6 dnia roboczego, obowiązany jest do zapewnienia urządzenia zastępczego na czas naprawy. | TAK |  |
| 8. | Wykonawca zapewni części zamienne i materiały eksploatacyjne przez okres 10 lat. | TAK |  |
| 9. | Wykonawca zapewni pełny autoryzowany serwis przez uprawnioną jednostkę gwarantująca skuteczną interwencję serwisową w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym dla oferowanego sprzętu. | TAK |  |
| 10. | Szkolenie w zakresie obsługi dla pracowników medycznych oraz obsługi technicznej dla pracowników Działu Aparatury Medycznej i Transportu. | TAK |  |
| 11. | Deklaracja zgodności/certyfikat zgodności CE świadczący o zgodności urządzenia z europejskimi warunkami bezpieczeństwa, wpis lub zgłoszenie do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. | TAK |  |
| 12. | Aparatura dopuszczona do obrotu na terytorium Polski, posiadająca wszelkie wymagane przez przepisy prawa świadectwa, certyfikaty, atesty, deklaracje zgodności, itp. oraz spełniająca wszelkie wymogi w zakresie norm bezpieczeństwa obsługi | TAK |  |
| 13. | Zaoferowane według ww. wymagań urządzenia muszą być i gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów, poza materiałami eksploatacyjnymi. | TAK |  |

**4. Siedzący wózek transportowy**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **WARTOŚĆ GRANICZNA/ OCENA PUNKTOWA** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Model | Podać |  |
| 3 | Rok produkcji 2021, urządzenie nowe, nieużywane | TAK |  |
| **Dane sprzętu medycznego** |  |  |
| 4. | Wózek do transportu chorych w pozycji siedzącej i leżącej, przeznaczony na różne oddziały szpitalne w tym do oddziałów opieki jednodniowej jako łóżko szpitalne. | TAK |  |
| 5. | Obniżenie sekcji oparcia nóg poniżej poziomu sekcji oparcia miednicy umożliwia transport pacjenta w pozycji siedzącej. | TAK |  |
| 6. | Leże pacjenta trzysekcyjne wykonane z wysokiej jakości płyt HPL o grubości minimum 10 mm. | TAK |  |
| 7. | Możliwość współpracy wózka z ramieniem C. | TAK |  |
| 8. | Leże przezierne dla promieni RTG, z kasetą do wykonywania zdjęć RTG i ze wspornikiem kasety. | TAK |  |
| 9. | Leże pacjenta wyposażone w chromowane relingi utrzymujące materac na miejscu. | TAK |  |
| 10. | Regulacja oparcia pleców za pomocą sprężyny gazowej. | TAK |  |
| 11. | Uchwyt do unoszenia oparcia pleców umieszczony na całej szerokości leża, nie koliduje z kasetą.Uchwyt łatwo odróżniający się, w innym kolorze od oparcia pleców i ramy wózka. | TAK |  |
| 12. | Sekcja oparcia nóg regulowana jest za pomocą sprężyny gazowej. | TAK |  |
| 13. | Wózek oparty na jednej kolumnie centralnej o przekroju kwadratu | TAK |  |
| 14. | Rama wózka wykonana z elementów stalowych pokrytych wysokiej jakości lakierem epoksydowym przeznaczonym do obszarów medycznych, odpornym na zadrapania i środki dezynfekcyjne. | TAK |  |
| 15. | Wózek wyposażony w dodatkową ochronę antybakteryjną poprzez wzbogacenie elementów metalowych substancją antybakteryjną z dodatkiem jonów srebra, zapewniającą ochronę przed namnażaniem się bakterii. Podać rodzaj substancji antybakteryjnej. | TAK |  |
| 16. | Wózek wyposażony w krążki odbojowe w narożnikach leża. | TAK |  |
| 17. | Uchwyt zakończony obustronnymi rękojeściami do prowadzenia wózka umieszczony od strony głowy pacjenta. | TAK |  |
| 18. | Podstawa wózka wyposażona jest w obudowę wykonaną z tworzywa ABS z uchwytem na dwie butle tlenowe (wgłębienia z pasami) i na osobiste rzeczy pacjenta | TAK |  |
| 19. | Poręcze boczne opuszczane w systemie cyrklowym. Poręcze boczne pokryte wysokiej jakości lakierem epoksydowym przeznaczonym do obszarów medycznych, odpornym na zadrapania i środki dezynfekcyjne. | TAK |  |
| 20. | Regulacja przechyłów wzdłużnych za pomocą sprężyn gazowych. | TAK |  |
| 21. | Regulacja wysokości dwoma pedałami umieszczonymi po obu bokach wózka. | TAK |  |
| 22. | Wózek na 4 kołach o średnicy minimum 150 mm. Blokada centralna i kierunkowa od strony każdego koła. | TAK |  |
| 23. | Piąte koło kierunkowe o średnicy min. 100 mm ułatwiające manewrowanie wózkiem. | TAK |  |
| 24. | Wymiary zewnętrzne wózka: min. długość 2150 mm x szerokość 800 mm. | TAK |  |
| 25. | Powierzchnia leża: min. długość 2000 mm x szerokość 600 mm. | TAK |  |
| 26. | Regulacja wysokości hydraulicznie pedałem dwustronnym: minimum: 640 – 990 mm. | TAK |  |
| 27. | Trendelenburg i anty – Trendelenburg: min.: 0 - 12° za pomocą dźwigni od strony głowy pacjenta. | TAK |  |
| 28. | Wózek wyposażony w stojak na kroplówkę. | TAK |  |
| 29. | Regulacja sekcji oparcia pleców: min. 0-70° za pomocą uchwytu różniącego się kolorem i umieszczonego na całej szerokości leża od strony głowy pacjenta. | TAK |  |
| 30. | Regulacja sekcji oparcia nóg: 0-40° za pomocą uchwytu różniącego się kolorem i umieszczonego na całej szerokości leża od strony nóg pacjenta. | TAK |  |
| 31. | Udźwig wózka: 180 kg +/- 10 kg. | TAK |  |
| 32. | Wózek z materacem. Pokrowiec materaca odporny na ciecze, materac o grubości min. 8 cm. | TAK |  |
| 33. | Wózek do transportu chorych w pozycji siedzącej i leżącej, przeznaczony na różne oddziały szpitalne w tym do oddziałów opieki jednodniowej jako łóżko szpitalne. | TAK |  |
| 34. | Obniżenie sekcji oparcia nóg poniżej poziomu sekcji oparcia miednicy umożliwia transport pacjenta w pozycji siedzącej. | TAK |  |
| 35. | Leże pacjenta trzysekcyjne wykonane z wysokiej jakości płyt HPL o grubości minimum 10 mm. | TAK |  |
| **Inne** |  |  |
| 1. | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej i elektronicznej, paszport techniczny. | TAK |  |
| 2. | Gwarancja min. 24 miesiące od daty podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego przez obie strony (podać liczbę miesięcy)  | 24 m-ce – 0 pkt36 m-cy – 6 pkt48 m-cy – 12 pkt60 m-cy – 18 pkt |  |
| 3. | Przeglądy okresowe w okresie trwania gwarancji na koszt dostawcy, zgodnie z zaleceniami producenta. Przeglądy wykonywane w siedzibie szpitala. | TAK |  |
| 4. | Każdy dzień przestoju spowodowany niesprawnością oferowanego sprzętu przedłuża okres gwarancji. | TAK |  |
| 5. | Czas podjęcia naprawy do 2 dni roboczych od zgłoszenia konieczności przeprowadzenia naprawy. | TAK |  |
| 6. | W przypadku, gdy naprawa urządzenia (lub jego części) przedłuża się ponad 60 dni lub pomimo wykonania 3 napraw urządzenia (lub jego części) nie uda przywrócić się do pełnej sprawności urządzenie (lub jego część) podlega wymianie na nowe wolne od wad. | TAK |  |
| 7. | W przypadku, gdy w okresie 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia konieczności przeprowadzenia naprawy przedmiot umowy nie odzyska sprawności, Wykonawca, począwszy od 6 dnia roboczego, obowiązany jest do zapewnienia urządzenia zastępczego na czas naprawy. | TAK |  |
| 8. | Wykonawca zapewni części zamienne i materiały eksploatacyjne przez okres 10 lat. | TAK |  |
| 9. | Wykonawca zapewni pełny autoryzowany serwis przez uprawnioną jednostkę gwarantująca skuteczną interwencję serwisową w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym dla oferowanego sprzętu. | TAK |  |
| 10. | Szkolenie w zakresie obsługi dla pracowników medycznych oraz obsługi technicznej dla pracowników Działu Aparatury Medycznej i Transportu. | TAK |  |
| 11. | Deklaracja zgodności/certyfikat zgodności CE świadczący o zgodności urządzenia z europejskimi warunkami bezpieczeństwa, wpis lub zgłoszenie do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. | TAK |  |
| 12. | Aparatura dopuszczona do obrotu na terytorium Polski, posiadająca wszelkie wymagane przez przepisy prawa świadectwa, certyfikaty, atesty, deklaracje zgodności, itp. oraz spełniająca wszelkie wymogi w zakresie norm bezpieczeństwa obsługi | TAK |  |
| 13. | Zaoferowane według ww. wymagań urządzenia muszą być i gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów, poza materiałami eksploatacyjnymi. | TAK |  |

|  |
| --- |
| ................................................................................. |
| *(data i podpisy osób upoważnionych do składania* |
| *oświadczeń woli w imieniu wykonawcy)* |