# Załącznik nr 2 do oferty (ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH)

**Sprawa ZP/2/2021.TP**

**PAKIET NR 9 : wózki medyczne**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis** | **Wymagana cecha lub wartość parametru** | **Potwierdzenie wartości / cechy parametru poprzez podanie oferowanej wartości/cechy parametru** | **Punktacja** |
| **I.** | **Wózek opatrunkowy szt. 3.** |
|  | **nazwa produktu/urządzenia .......................................................****model .......................................................****Producent/wytwórca: .......................................................****Kraj pochodzenia: .......................................................****Nr katalogowy ......................................................** |
|  | Wózek opatrunkowy o wymiarach zew. bez wyposażenia: szer.690 x gł.518 x wys.927mm. | **Tak/Nie** |  | **Tak – 10 pkt.****Nie – 0 pkt.** |
|  | Konstrukcja wózka wykonana ze stali, lakierowanej proszkowo. | **Tak** |  | **Brak punktacji** |
|  | Aluminiowa rama wózka. | **Tak** |  | **Brak punktacji** |
|  | Blat główny wykonany z tworzywa ABS (styren-butadien-akrylonitryl). | **Tak** |  | **Brak punktacji** |
|  | Cztery koła o średnicy minimum 125 mm. | **Tak/Nie** |  | **Średnica kół:****125 mm – 10 pkt,****120 mm i poniżej – 0 pkt.** |
|  | Układ jezdny składający się z czterech kół antystatycznych w przeciwpyłowej obudowie dwa koła wyposażone w hamulec, jedno koło wyposażone w blokadę kierunku jazdy. | **Tak** |  | **Brak punktacji** |
|  | Koła bez widocznej osi toczenia. | **Tak** |  | **Brak punktacji** |
|  | Wózek wyposażony w trzy szuflady na prowadnicach łożyskowych; Jedna szuflada o wys. 155 mm,Dwie szuflady o wys. 234 mm.Szuflady wysuwają się w całości (100%), zaopatrzone w system samodomykający się. | **Tak, podać** |  | **Brak punktacji** |
|  | Centralny zamek. | **Tak** |  | **Brak punktacji** |
|  | Ładowność jednej szuflady 25 kg. | **Tak/Nie** |  | **Ładowność szuflady:****25kg i powyżej – 10 pkt.,****24kg i poniżej –** **0 pkt.** |
|  | Wózek wyposażony w ergonomiczny uchwyt do przetaczania możliwy do zainstalowania z obydwóch stron wózka zależnie od preferencji użytkownika. | **Tak** |  | **Brak punktacji** |
|  | Blat z burtami zabezpieczającymi z trzech stron. | **Tak** |  | **Brak punktacji** |
|  | Wysuwany dodatkowy blat do pisania z tworzywa ABS, o udźwigu min. 5 kg. | **Tak, podać** |  | **Brak punktacji** |
|  | Wózek wyposażony w: - zamykany kosz na śmieci z pokrywą wahadłową,- kosz na rękawiczki,-uniwersalny kosz wielofunkcyjny montowany na boku wózka. | **Tak** |  | **Brak punktacji** |
|  | Akcesoria instalowane na szynach umożliwiających dowolną aranżacje elementów wyposażenia. | **Tak** |  | **Brak punktacji** |
|  | Listwy odbojowe znajdujące się u podstawy wszystkich 4 ścian wózka. | **Tak** |  | **Brak punktacji** |
|  | Aluminiowe szyny montażowe | **Tak** |  | **Brak punktacji** |
|  | Ściany boczne, tył oraz szuflady wózka w kolorze żółtym – wózek w kolorze żółtym. | **Tak** |  | **Brak punktacji** |
|  | Uchwyty szuflad wykonane z tworzywa ABS w kolorze szarym. | **Tak** |  | **Brak punktacji** |
|  | Gwarancja min. 24 miesiace | **Tak, podać** |  | **24 mies. – 0 pkt****36 mies. – 10 pkt.** |
|  | Dokumentacja w języku polskim – obejmująca instrukcję użytkownika, zasady przeprowadzania dezynfekcji i mycia. | **Tak, podać**  |  | **Brak punktacji** |
|  | Okres rękojmi równy okresowi gwarancji. | **Tak** |  | **Brak punktacji** |
|  | Wykaz dostawców części zamiennych i materiałów eksploatacyjnych – Dokument o którym mowa w Ustawie o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r., art. 90, ust. 3 zgodności (dokumenty załączyć).  | **Tak** |  | **Brak punktacji** |
|  | Wykaz serwisów lub serwisantów, którzy mogą serwisować zaoferowany sprzęt medyczny podać dane teleadresowe, sposób kontaktu (dotyczy serwisu własnego lub podwykonawcy, pracownika czy firmy serwisowej posiadającej uprawnienia do tego typu czynności) – Dokument o którym mowa w Ustawie o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r., art. 90, ust. ust. 4, (dokumenty załączyć) | **Tak** |  | **Brak punktacji** |
|  | Klasa wyrobu medycznego | **Tak** |  | **Brak punktacji** |
|  | Certyfikat CE wraz z deklaracją zgodności oraz wpis/zgłoszenie do rejestru wyrobów medycznych (dokumenty załączyć ).  | **TAK** **podać klasę wyrobu** |  | **Brak punktacji** |
| **II.** | **Wózek reanimacyjny – szt.1**  |
|  | Nazwa produktu/urządzenia .......................................................Model .......................................................Producent/wytwórca: .......................................................Kraj pochodzenia: .......................................................Nr katalogowy ...................................................... |
|  | Wózek reanimacyjny o wymiarach zew. bez wyposażenia: szer.690xgł.518 x wys.1006mm. | **Tak/Nie** |  | **Tak – 10 pkt.****Nie – 0 pkt.** |
|  | Konstrukcja wózka wykonana ze stali, lakierowanej proszkowo. | **Tak** |  | **Brak punktacji** |
|  | Aluminiowa rama wózka. | **Tak** |  | **Brak punktacji** |
|  | Blat główny wykonany z tworzywa ABS (styren-butadien-akrylonitryl). | **Tak** |  | **Brak punktacji** |
|  | Cztery koła o średnicy minimum 125 mm. | **Tak/Nie** |  | **Średnica kół:****125 mm – 10 pkt,****120 mm i poniżej – 0 pkt.** |
|  | Układ jezdny składający się z czterech kół antystatycznych w przeciwpyłowej obudowie dwa koła wyposażone w hamulec, jedno koło wyposażone w blokadę kierunku jazdy. | **Tak** |  | **Brak punktacji** |
|  | Wózek wyposażony w pięć szuflad na prowadnicach łożyskowych; Dolna szuflada o wym. 569 x 398 x 234mm,Dwie środkowe szuflady o wym. 569 x 398 x 155mm,Dwie szuflady o wym. 569 x 398 x 76mm. Szuflady wysuwają się w całości (100%), zaopatrzone w system samodomykający się. | **Tak, podać** |  | **Brak punktacji** |
|  | Dwie szuflady wyposażone w wyciągane tworzywowe podziałki z możliwością dowolnej konfiguracji przegród – rozwiązanie pozwalające na segregowanie zawartości szuflad. | **Tak** |  | **Brak punktacji** |
|  | Pierwsza szuflada posiada dodatkowe zamknięcie. | **Tak** |  | **Brak punktacji** |
|  | Ładowność jednej szuflady 25 kg. | **Tak/Nie** |  | **Ładowność szuflady:****25kg i powyżej – 10 pkt.,****24kg i poniżej –** **0 pkt.** |
|  | Wózek wyposażony w ergonomiczny uchwyt do przetaczania możliwy do zainstalowania z obydwóch stron wózka zależnie od preferencji użytkownika. | **Tak** |  | **Brak punktacji** |
|  | Blat z burtami zabezpieczającymi z trzech stron. | **Tak** |  | **Brak punktacji** |
|  | Wysuwany dodatkowy blat do pisania z tworzywa ABS, o udźwigu min. 5 kg. | **Tak, podać** |  | **Brak punktacji** |
|  | Wózek wyposażony w: - obrotowy uchwyt na defibrylator z możliwością obrotu o 360°, regulacją szerokości oraz wysokości . Posiada dwa regulowane pasy do mocowania urządzeń o wym. 355 x 355-415 mm,- wieszak na płyny infuzyjne,- uchwyt na butlę tlenową o wym. 145x125x403mm,- uchwyt na pojemnik ostre przedmioty w kształcie koszyka o wym. 105x130x215 mm,- płytę do przeprowadzania RKO montowaną na tylnej ściance wózka o wym.: 440x510x10 mm.  | **Tak**  |  | **Brak punktacji** |
|  | Akcesoria instalowane na szynach umożliwiających dowolną aranżacje elementów wyposażenia. | **Tak** |  | **Brak punktacji** |
|  | Listwy odbojowe znajdujące się u podstawy wszystkich 4 ścian wózka. | **Tak** |  | **Brak punktacji** |
|  | Ściany boczne, tył oraz szuflady wózka w kolorze czerwonym – wózek w kolorze czerwonym. | **Tak** |  | **Brak punktacji** |
|  | Gwarancja | **Tak, podać** |  | **24 mies. – 0 pkt****36 mies. – 10 pkt.** |
|  | Dokumentacja w języku polskim – obejmująca instrukcję użytkownika, zasady przeprowadzania dezynfekcji i mycia. | **Tak, podać**  |  | **Brak punktacji** |
|  | Okres rękojmi równy okresowi gwarancji. | **Tak** |  | **Brak punktacji** |
|  | Wykaz dostawców części zamiennych i materiałów eksploatacyjnych – Dokument o którym mowa w Ustawie o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r., art. 90, ust. 3 zgodności (dokumenty załączyć).  | **Tak** |  | **Brak punktacji** |
|  | Wykaz serwisów lub serwisantów, którzy mogą serwisować zaoferowany sprzęt medyczny podać dane teleadresowe, sposób kontaktu (dotyczy serwisu własnego lub podwykonawcy, pracownika czy firmy serwisowej posiadającej uprawnienia do tego typu czynności) – Dokument o którym mowa w Ustawie o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r., art. 90, ust. ust. 4, (dokumenty załączyć) | **Tak** |  | **Brak punktacji** |
|  | Klasa wyrobu medycznego | **Tak** |  | **Brak punktacji** |
|  | Certyfikat CE wraz z deklaracją zgodności oraz wpis/zgłoszenie do rejestru wyrobów medycznych (dokumenty załączyć ).  | **TAK** **podać klasę wyrobu** |  | **Brak punktacji** |

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu Medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

*………………………………………………………………………………………*

*Dokument składany w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisany poprzez e-dowód- przez osobę upoważnioną do reprezentacji Wykonawcy*