**Załącznik nr 2**

**Pakiet 2. Fotel do dializ – 4 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**  |  |  |
|  | Fotel umożliwiający uzyskanie min. pozycji siedzącej i leżącej przeznaczony do prowadzenia badań, dializ, podawania leków i poboru krwi, z elektryczną regulacją wysokości, nachylenia segmentu pleców | TAK | - |  |
|  | Fotel przejezdny, 4 koła o średnicy min 7,5 cm z możliwością blokady (blokada indywidualna lub centralna) | TAK | - |  |
|  | Maksymalne obciążenie minimum 200 kg | TAK, podać | - |  |
|  | Segment podudzia wyposażony w oparcie stóp o regulowanym wysuwie | TAK | - |  |
|  | Możliwość wyboru koloru tapicerki przed dostawą | TAK, podać dostępne kolory | - |  |
|  | Fotel wyposażony w dwa podłokietniki z regulowaną wysokością oraz kątem ustawienia, w pozycji trendelenburga składane na równo z segmentem siedziska | TAK | - |  |
|  | Podłokietniki posiadające możliwość odchylenia min. do wysokości oparcia pleców dla łatwego zajęcia miejsca przez pacjenta w fotelu | TAK | - |  |
|  | Tapicerka zmywalna wykonana z tworzywa odpornego na środki dezynfekcyjne | TAK | - |  |
|  | Powierzchnie fotela łatwe do czyszczenia i dezynfekcji | TAK | - |  |
|  | Możliwość łatwego demontażu tapicerki oraz materaca w celu czyszczenia i dezynfekcji konstrukcji | TAK | - |  |
|  | Fotel wyposażony w zdejmowany zagłówek | TAK | - |  |
|  | Regulacja nachylenia segmentu oparcia pleców w zakresie minimum+70 do -70 stopni | TAK | - |  |
|  | Regulacja segmentu siedziska w zakresie min.0 do 30 stopni | TAK, podać | - |  |
|  | Regulacja segmentu podudzia w zakresie min. -30 do +20 stopni | TAK, podać | - |  |
|  | Ustawienie pozycji fotelowej – siedzącej, uzyskiwana jednym wyraźnie oznakowanym przyciskiem | TAK, podać | - |  |
|  | Przechył Trendelenburga minimum -13 stopni, dokonywany jednym wyraźnie oznakowanym przyciskiem |  |  |  |
| **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 pkt36 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