|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| WÓZEK INWALIDZKI BARIATRYCZNY DO TRANSPORTU PACJENTA W POZYCJI SIEDZĄCEJ – 17 szt. | | | | | | |
| Lp. | | **CECHY APARATU** | |  | | Poniżej należy **wypełnić** tabelę opisując lub potwierdzając wszystkie dane i parametry wymagane przez Zamawiającego |
| 1. | | Wózek inwalidzki, bariatryczny | | Podać  /model typ/ | |  |
| 2. | | Producent | | Podać | |  |
| 3. | | Kraj pochodzenia | | Podać | |  |
| 4. | | Rok produkcji- fabrycznie nowe | | TAK | |  |
| 5. | | Rama stalowa – pokryta żywicą, tapicerka piankowa (grubość min. 8 cm), wykończenie bezszwowe z powłoką winylową | | TAK | |  |
| 6. | | Możliwość wyboru min. 3 kolorów tapicerki | | TAK | |  |
| 7. | | Maksymalne wymiary-podać | | TAK podać | |  |
| \*8. | | Bezpieczne obciążenie robocze min. 250 kg. | | TAK podać | | od 250 kg do 270 kg - 0 pkt  od 271 kg do 290 kg - 5 pkt  powyżej 291 kg – 10 pkt |
| \*9. | | Konstrukcja wózka umożliwiająca mycie ciśnieniowe fotela | | TAK/NIE | | Tak – 5 pkt  Nie – 0 pkt |
| 10. | | Wymiary siedziska i oparcia min.: długość 45 cm, szerokość 60 cm, wysokość min. 50 cm | | TAK | |  |
| 11. | | Podnóżek w formie wysuwanej/chowanej i samoblokującej platformy lub równoważny zapewniającej łatwość wsiadania i pełny dostęp do pacjenta | | TAK | |  |
| 12. | | Profilowane podłokietniki z możliwością złożenia / unoszenia, | | TAK | |  |
| 13. | | - koła przednie, skrętne średnica min. 125 cm  - kola tylne, podwójne, pełne, średnica min. 30 cm,  - centralny układ hamulcowy | | TAK | |  |
| 14. | | Wyprofilowane rączki do prowadzenia fotela powlekane materiałem antypoślizgowym | | TAK | |  |
| 15. | | Waga własna wózka maks. 50 kg | | TAK | |  |
| 16. | | Wyposażenie: kosz na akcesoria, kieszeń na dokumenty z tyłu wózka | | TAK | |  |
| 17. | | ***Dodatkowe wyposażenie*** | |  | |  |
| 18. | | Stojak na płyny infuzyjne wyjmowany – 17 szt.  Podpórka pod nogi wyjmowana – 6 szt. | | TAK | |  |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | | | | |
| 1 | Aktualne certyfikaty i/lub deklaracje potwierdzające spełnienie odpowiednich dla wyrobu medycznego norm lub dyrektyw, uwzględniając w szczególności wymagania UE, deklaracja zgodności.  Wpis, zgłoszenie do rejestru Wyrobów Medycznych. Podać numer (kopia wraz z dostawą). Certyfikat ISO potwierdzający, że producent wdrożył i utrzymuje system zarządzania jakością dla wyrobów medycznych | | TAK | |  | |
| 2 | Instrukcja obsługi, użytkowania oraz konserwacji i dezynfekcji w języku polskim przy dostawie (w formie wydrukowanej i elektronicznej).  Skrócona instrukcja przy aparacie, po 1 egz. | | TAK | |  | |
| 3 | Dokumentacja techniczna sprzętu w wersji elektronicznej w języku polskim | | TAK | |  | |
| 4 | Szkolenie z zakresu obsługi personelu medycznego oraz technicznego w ramach zakupu urządzenia w siedzibie zamawiającego, po bezwzględnym uzgodnieniu terminu szkolenia z kupującym wraz z wydaniem zaświadczenia, certyfikatu o przebytym szkoleniu | | TAK | |  | |
| 5 | Szkolenie personelu technicznego w zakresie bieżącej konserwacji oraz podstawowych napraw wraz z wydaniem zaświadczenia, certyfikatu o przebytym szkoleniu dla dwóch osób | | TAK | |  | |
| 6 | Karta gwarancyjna wystawiona na zaoferowany okres gwarancji, wymagana przy dostarczeniu aparatów | | TAK | |  | |
| \*7. | Okres gwarancji min 24 miesiące | | TAK | | 24 m-ce - 0 pkt  36 m-cy – 10 pkt  48 m-cy – 15 pkt | |
| 8 | Czas naprawy urządzenia w okresie gwarancyjnym max 5 dni roboczych  Dotyczy również uszkodzeń mechanicznych, powstałych podczas eksploatacji, zgodnie z instrukcją obsługi. | | TAK  **opisać** | |  | |
| \*9 | Termin dostawy max 40 dni od podpisania umowy | | TAK | | 15 dni - 10 pkt  30 dni - 5 pkt  40 dni - 0 pkt | |
| 10 | Dostawa urządzeń do siedziby zamawiającego wraz z instalacją i uruchomieniem | | TAK | |  | |
| 11 | Zabezpieczenie autoryzowanego serwisu w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym na okres minimum 10 lat | | TAK | |  | |

\* Kryterium oceniane

Wypełniając powyższe tabele można je przepisać na komputerze i odpowiednio dostosować wielkość wierszy i kolumn do potrzeb wykonawcy, zachowując treść poszczególnych wierszy i ich kolejność zapisaną przez zamawiającego. Zmiana treści lub jej brak a także zmiana kolejności wierszy lub kolumn oraz ich brak spowoduje odrzucenie oferty.

Pytania dotyczące powyższych parametrów i wymagań winny odnosić się precyzyjnie do poszczególnych punktów.

Niespełnienie choćby jednego z wymogów technicznych dotyczących sprzętu stawianych przez zamawiającego w powyższej tabeli spowoduje odrzucenie oferty (nie dotyczy kryterium ocenianych – pkt. 9).

Oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

**Dokument należy podpisać podpisem: kwalifikowanym, zaufanym lub osobistym.**