**PAKIET 15**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW TECHNICZNYCH**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot: | | **STOŁY PIONIZACYJNE 2 szt.** | | |
| Nazwa i typ: | |  | | |
| Producent: | |  | | |
| Rok produkcji: | |  | | |
| 1. | **STÓŁ PIONIZACYJNY - 2 szt.** | | TAK-podać nazwę handlową, model oraz producenta |  |
|  | Leżysko główne + podpórka na nogi | | TAK |  |
| Centralny system jezdny | | TAK |  |
| Stabilna konstrukcja – wytrzymała rama ze stali, malowana proszkowo – odporna na obicia i zarysowania | | TAK |  |
| Tapicerka odporna na działanie środków dezynfekujących | | TAK |  |
| Elektryczna regulacja wysokości | | TAK |  |
| Wymiary (dł. x szer.) [mm]: 2050 x 750 (+/- 5%) | | TAK |  |
| Wymiary leżyska (dł. x szer.) [mm]: 2000 x 650 (+/- 5%) | | TAK |  |
| Maksymalne obciążenie [kg]: 150 (+/- 5%) | | TAK |  |
| Regulacja wysokości [mm]: 580 – 960 (+/- 5%) | | TAK |  |
| Regulacja kąta nachylenia [o]: do 87 (+/- 5%) | | TAK |  |
| Certyfikacja: EN 60601-1 -wyrób medyczny | | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **POZOSTAŁE WYMOGI ;** | | | |
|  | Czas reakcji od przyjęcia zgłoszenia – podjęta naprawa nie dłużej jak: - 24 h (dni pracujące) dla zgłoszenia w czasie trwania gwarancji;  - 48 h (dni pracujące) dla zgłoszenia pogwarancyjnego | TAK |  |
|  | Wliczone w cenę przeglądy (min. 1 x w roku chyba, że producent urządzeń lub/i ich podzespołów lub/i elementów wymaga częstszych niż 1 x w roku przeglądów - wówczas ilość tych przeglądów winna być zgodna z wytycznymi producenta) w okresie gwarancji łącznie z wliczoną w cenę wymianą części zalecanych przez producenta (w ilości, zakresie – zgodnie z wymaganiami producenta) na koszt dostawcy; dotyczy również akumulatorów | TAK |  |
|  | Dostępność części zamiennych po okresie gwarancji oraz serwisu pogwarancyjnego min. 5 lat | TAK |  |
|  | Szkolenie z obsługi aparatu/urządzenia w, tym sposobu mycia i dezynfekcji, dla personelu medycznego oraz technicznego wskazanego przez Zamawiającego (wliczone w cenę w ramach umowy), ilość osób do przeszkolenia określa Zamawiający | TAK |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie w wyznaczonym przez Zamawiającego miejscu funkcjonowania urządzenia i w obecności osoby/osób wyznaczonych przez Zamawiającego | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Instrukcje obsługi, w tym sposobu mycia i dezynfekcji, w języku polskim | TAK |  |
|  | Dane teleadresowe i kontaktowe do najbliższych dla siedziby Zamawiającego autoryzowanych punktów serwisowych na terenie Polski | TAK |  |
|  | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu. Potwierdzenia w ten sposób wymagają również wszystkie wymagane opcje oraz możliwości rozbudowy sprzętu. | TAK |  |
|  | Na żądanie Zamawiającego ( wezwanie ) na każdym etapie postępowania Oferent wyraża zgodę na dostarczenie próbek i ich prezentację w szpitalu w zakresie wszystkich oferowanych wyrobów. ( każdej pozycji z powyższego zestawienia) | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Wymagany wypełniony paszport techniczny | TAK |  |
|  | Wszystkie oferowane w ramach zestawu produkty pochodzą od jednego producenta tworząc w pełni kompatybilny zestaw | TAK |  |
|  | Okres gwarancji min.24 m-cy ; obejmuje wszystkie elementy wielorazowego użytku wchodzące w skład zestawu. | TAK |  |
|  | Możliwość wyboru koloru przez Zamawiającego | TAK |  |

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – nie spełnienie w/w parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

…………………………….. ……………………………..

data podpis