**PAKIET 11**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW TECHNICZNYCH**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: | **CHODZIK Z PIONIZATOREM - 1 szt.** |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE** | **WYMAGANIA TAK/ NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | Zmotoryzowany chodzik z pionizatorem | TAK-podać nazwę handlową, model oraz producenta |  |
|  | Wspieranie pacjenta od pozycji siedzącej do stojącej, | TAK |  |
|  | Uprzęż umożliwiająca poruszanie się w bezpieczny sposób | TAK |  |
|  | Uniwersalne szelki wspierające pacjentów podczas podnoszenia i ruszania się, | TAK |  |
|  | Rama pozwalająca na dopasowanie standardowych wózków inwalidzkich, | TAK |  |
|  | Sterowanie zmotoryzowane -pilot ręczny, który służy zarówno dla terapeuty i pacjenta | TAK |  |
|  | Wymiary:  • Zewnętrzne: 112 x 83 x 95 cm (+/- 5%)  • Szerokość wewnętrzna: 67,cm (+/- 5%) | TAK |  |
|  | Waga: 41 kg (+/- 5%) | TAK |  |
|  | Maksymalna masa użytkownika: 160 kg (+/- 5%) | TAK |  |
|  | Moc: Akumulator ołowiowo-kwasowy | TAK |  |
|  | Certyfikacja: EN 60601-1 -wyrób medyczny | TAK |  |
|  | Zestaw zawiera Zawiera akumulator, kabel ładowania akumulatora,  pasek stabilizujący i jedną uniwersalną szelkę bezpieczeństwa. | 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. 8 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 |  |
|  | Wypełniony paszport techniczny | 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 |  |
|  | Urządzenie zastępcze (w przypadku awarii lub/i konieczności zabrania urządzenia do przeglądu poza szpital lub/i unieruchomienia urządzenia na czas przeglądu) | TAK |  |
|  | Przewidywany roczny koszt brutto okresowego przeglądu aparatu/urządzenia wykonywanego zgodnie z zaleceniem producenta po upływie okresu gwarancji jakości udzielonej przez Wykonawcę zgodnie z postanowieniami SIWZ. (szacunkowa kalkulacja sporządzona w dniu składania oferty, uwzględniająca wymianę części zużywalnych lub zamiennych w trakcie przeglądu wraz z opisem) | TAK/PODAĆ |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |
|  | Możliwość wyboru koloru przez Zamawiajacego | TAK |  |

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

……………………………….. ……………………………..

data podpis