**PAKIET 27**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW TECHNICZNYCH**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: | **SYSTEM KĄPIELOWY Z MOBILNYM PODNOŚNIKIEM - 1 kpl.** |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE** | **WYMAGANIA TAK/ NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1 | 1. **WANNA KĄPIELOWA 1 szt.** | TAK |  |
| 2 | Urządzenie o wymiarach:   * długość – 1950 mm (+/- 10 mm) * szerokość – 850 mm (+/- 10 mm) | TAK PODAĆ |  |
| 3 | Zakres podnoszenia min. 450 mm | TAK |  |
| 4 | Masa urządzenia max 190 kg | TAK |  |
| 5 | Pojemność max - 220 litrów | TAK |  |
| 6 | Zasilanie –230V, 50 Hz | TAK |  |
| 7 | Urządzenie wolnostojące, instalowane bez potrzeby kotwiczenia lub fundamentowania  przystosowana do współpracy z wózkiem | TAK |  |
| 8 | Mieszalna bateria termostatyczna z prysznicem na przewodzie min. 2m | TAK |  |
| 9 | Miernik temperatury wody z wyświetlaczem cyfrowym | TAK |  |
| 10 | Pneumatyczny pilot na spiralnym przewodzie do sterowania funkcją „góra dół” | TAK |  |
| 11 | Układ zasilania elektrycznego zabezpieczony wyłącznikiem różnicowo-prądowym 10 mA | TAK |  |
| 12 | Urządzenie wyposażone w mechaniczny zawór pozwalający na opuszczenie wanny przy zaniku zasilania elektrycznego | TAK |  |
| 13 | **II. MOBILNY PODNOŚNIK 1 szt.** | TAK |  |
| 14 | Urządzenie o wymiarach   * długość- 1900 mm  (+/- 10 mm) * szerokość – 750 mm (+/- 10 mm) | TAK PODAĆ |  |
| 15 | Zakres podnoszenia leżaka min. 400 mm | TAK PODAĆ |  |
| 16 | Masa urządzenia – max 60kg | TAK PODAĆ |  |
| 17 | Nośność wózka -min. 140 kg | TAK PODAĆ |  |
| 18 | Ustawienie skrajnych segmentów leżaka 0°, 30°, 45°, 60° | TAK |  |
| 19 | Symetryczna budowa umożliwiająca dostęp do pacjenta z dowolnej strony łóżka | TAK |  |
| 20 | Regulacja wysokości leżaka podnośnikiem hydraulicznym z regulacją prędkości opadania | TAK |  |
| 21 | Łatwoślizg | TAK |  |
| 22 | Dwa materacyki do przemiennego stosowania | TAK |  |
| 23 | Podgłówek | TAK |  |
| 24 | Dwa pasy do podtrzymywania pacjenta | TAK |  |
| 25 | Dwa koła z hamulcem | 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 |  |
|  | Uwzględnić podłączenie systemu kąpielowego wg. istniejących mediów sanitarnych. | TAK |  |
|  | Możliwość wyboru koloru przez Zamawiającego | TAK |  |

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

…………………………………. ...............................................

data podpis