**PAKIET 14**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW TECHNICZNYCH**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: | **STÓŁ WIELOFUNKCYJNY DO ĆWICZEŃ MANUALNYCH - 4 stanowiska/kpl.** |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LP. | **PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE** | WYMAGANIA TAK/ NIE | PARAMETRY OFEROWANE |
|  | Stół wielofunkcyjny do ćwiczeń manualnych z oporem ręki | TAK-podać nazwę handlową, model oraz producenta |  |
|  | 12 niezależnych stanowisk do ćwiczeń ręki | TAK |  |
|  | Kolumna oporowa umieszczona w centralnej części stołu | TAK |  |
|  | 4 niezależne stosy ciężarkowe | TAK |  |
|  | Możliwość ćwiczenia 4 pacjentów jednocześnie | TAK |  |
|  | Waga obciążenia stosu od 250-2750g  ( -/+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 |  |
|  | Dostępność części zamiennych po okresie gwarancji oraz serwisu pogwarancyjnego min. 8 lat | 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 |  |
|  | 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 |  |
|  | 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.36 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