**PAKIET 26**

**ZESTAWIENIE PARAMTRÓW I WARUNKÓW TECHNICZNYCH**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: | **WÓZEK DO PRZEWOŻENIA PACJENTA W POZYCJI LEŻĄCEJ 1 szt.** |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE** | **WYMAGANIA**  **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. | Wózek przeznaczony do przewożenia pacjentów w pozycji leżącej, drobnych zabiegów i krótkiego pobytu ( leczenia i rekonwalescencji) | TAK |  |
| 2. | Konstrukcja wózka wykonana ze stali węglowej lakierowanej proszkowo oparta na 2 kolumnach. Leże podzielone na min. **2 segmenty** wypełnione płytami stalowymi lakierowanymi proszkowo zapewniającymi stabilną podstawę dla materaca. | TAK |  |
| 3. | Podwozie zabudowane pokrywą z tworzywa sztucznego z dostosowanym **miejscem na butlę z tlenem** oraz z miejscem do przechowywania rzeczy pacjenta lub dodatkowego sprzętu. | TAK |  |
| 4. | **Dopuszczalne obciążenie min. 227 kg** | TAK |  |
| 5. | Długość całkowita wózka 2150 mm (+/- 5%): | TAK |  |
| 6. | Szerokość całkowita wózka 760 mm (+/- 5%): | TAK |  |
| 7. | Wymiary leża (powierzchnia dla pacjenta): długość min. 1920 mm, szerokość min. 660 mm (+/- 5%) | TAK |  |
| 8. | **Składane ergonomiczne rączki do prowadzenia wózka** zlokalizowane od strony głowy i/lub nóg pacjenta ułatwiające dostęp do pacjenta (m.in. podczas akcji reanimacyjnej). **Rączki składane poniżej poziomu materaca.** | TAK |  |
| 9. | Wózek wyposażony w **piąte koło kierunkowe** z funkcją jazdy swobodnej bądź kierunkowej, realizowaną poprzez uniesienie lub dociśnięcie koła do podłoża. Piąte koło zapewnia znacznie lepsze manewrowanie i sterowanie wózkiem. | TAK |  |
| 10. | Pojedyncze **koła o średnicy co najmniej 20 cm,** antystatyczne, bez widocznej metalowej osi obrotu **zaopatrzone w osłony** zabezpieczające mechanizm kół przed zanieczyszczeniem | TAK |  |
| 11. | Wózek wyposażony w **centralny system hamulcowy,** z jednoczesnym blokowaniem wszystkich kół, co do obrotu wokół osi, toczenia i sterowania kierunkiem jazdy, obsługiwany z obu stron wózka dźwigniami nożnymi z wyraźnym zaznaczeniem kolorystycznym blokady hamulców i funkcji jazdy kierunkowej. | TAK |  |
| 12. | Centralny system blokowania kół obsługiwany z obu stron wózka jedną dźwignią nożną, trójpozycyjny – jazda swobodna, jazda kierunkowa, hamulec. | TAK |  |
| 13. | Barierki boczne, **chromowane, składane wzdłuż leża,** wysokości co najmniej 33 cm i długości co najmniej 140 cm **(długości ok. ¾ leża**) zlokalizowane po obu stronach wózka. Zewnętrzne wykończenie barierek bocznych z tworzywa sztucznego zapobiegające otarciu i uszkodzeniu ścian i wózka. | TAK |  |
| 14. | **Hydrauliczna regulacja wysokości** leża dostępna z obu stron wózka, za pomocą dźwigni nożnej w zakresie co najmniej od **55 do 91 cm** (mierzone od podłoża do górnej płaszczyzny leża bez materaca) | TAK |  |
| 15. | Manualna **regulacja segmentu pleców ze wspomaganiem sprężyn gazowych** w zakresie co najmniej **0°-90°.** | TAK |  |
| 16. | **Pozycja Trendelenburg/ anty Trendelenburg regulowana** w zakresie co najmniej **±18°** przy użyciu pedałów nożnych z obu stron wózka | TAK |  |
| 17. | Narożniki wózka wyposażone w **4 odbojniki rolkowe** chroniące wózek i ściany przed otarciami oraz **listwy odbojowe** na całej długości leża po obu stronach | TAK |  |
| 18. | Tuleje na wieszaki infuzyjne lub na inne akcesoria każdym narożu wózka | TAK |  |
| 19. | Poziome uchwyty zintegrowane z ramą leża na dodatkowy sprzęt umiejscowione od strony głowy jak i nóg pacjenta. | TAK |  |
| 20. | **Odbojniki nad kołami min. 3 kolory do wyboru w celu odróżnienia na oddziałach** | TAK |  |
| 21. | **Materac piankowy,** w pokrowcu winylowym, nieprzemakalnym, paro przepuszczalny, o grubości min. 8 cm, niepalny. Materac mocowany w sposób uniemożliwiający samoczynne przesuwanie | TAK |  |
| 22. | **Wyposażenie dodatkowe (opcje)** |  |  |
| 23. | Teleskopowy chromowany **składany** **wieszak infuzyjny** 2 częściowy z regulacja wysokości (montaż stały) min. 2 haki. Łatwość użycia jedną ręką. **Max. obciążenie do 18 kg.** | TAK |  |
| **POZOSTAŁE WYMOGI** | | | |
| 24. | Okres gwarancji min. 36 m-cy; obejmuje również akumulatory (jeśli dotyczy). | TAK |  |
| 25. | 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 |  |
| 26. | 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 |  |
| 27. | Dostępność części zamiennych po okresie gwarancji oraz serwisu pogwarancyjnego min. 8 lat | TAK |  |
| 28. | 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 |  |
| 29. | Dostawa, montaż i uruchomienie w wyznaczonym przez Zamawiającego miejscu funkcjonowania urządzenia i w obecności osoby/osób wyznaczonych przez Zamawiającego | TAK |  |
| 30. | Wypełniony paszport techniczny | TAK |  |
| 31. | Instrukcje obsługi, w tym sposobu mycia i dezynfekcji, w języku polskim | TAK |  |
| 32. | Dane teleadresowe i kontaktowe do najbliższych dla siedziby Zamawiającego autoryzowanych punktów serwisowych na terenie Polski | TAK |  |
| 33. | Urządzenie zastępcze (w przypadku awarii lub/i konieczności zabrania urządzenia do przeglądu poza szpital lub/i unieruchomienia urządzenia na czas przeglądu) | TAK |  |
| 34. | 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 |  |
| 35. | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu | TAK |  |

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

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

data podpis