**Załącznik nr 8.1 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych**

**Część 1 –** **Stolik zabiegowy – 7 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane** **/podać zakres lub opisać/**  |
| 1 | 2 | 3 |  |
| 1. 1.
 | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia  | Podać |  |
|  | Stolik fabrycznie nowy | Rok produkcji: 2023 |  |
|  | Wózek trzypółkowy pod aparaturę medyczną | TAK |  |
|  | Wymiary (wys. x głęb. szer.) 80 x 45 x 46 cm (+/-5 cm) | TAK, podać |  |
|  | Aluminiowa rama | TAK |  |
|  | Możliwość dowolnej regulacji wysokości dwóch półek w sposób płynny | TAK |  |
|  | Kółka jezdne z hamulcem, średnicy 80mm (+/-10 mm) | TAK, podać |  |
|  | Możliwość pochylenia półek +/- 15 stopni (z wyjątkiem dolnej – podstawy) | TAK, podać |  |
|  | Półki posiadające z tyłu listwę zabezpieczającą | TAK |  |
|  | Wyprofilowane wycięcia w podstawie wózka ułatwiające dostęp do urządzeń umieszczonych na wózku | TAK |  |
|  | Obciążenie dynamiczne do min. 70 kg. | TAK, podać |  |
|  | Obciążenie statyczne min. 140 kg | TAK, podać |  |
|  | Wymiary półek: 38 x 42 cm (+/- 2 cm) | TAK, podać |  |
|  | Waga wózka max. 18 kg | TAK, podać |  |
|  | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowana głowica jest dopuszczona do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. ( t. j. Dz. U. 2022 poz. 974)  | TAK |  |
| 16. | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta. | TAK |  |
| 17. | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

• zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

• przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy

• ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

podpis kwalifikowany/ zaufany/ elektroniczny podpis osobisty

**Załącznik nr 8.2 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych**

**Część 2 –** **Stolik instrumentalny hydrauliczny – 2 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane** **/podać zakres lub opisać/**  |
| 1 | 2 | 3 |  |
| 1.
 | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia  | Podać |  |
|  | Stolik fabrycznie nowy | Rok produkcji: 2023 |  |
|  | Wymiary całkowite: 750x500x950 -1320mm (+/- 20 mm) | TAK, podać |  |
|  | Wymiary blatu: 750x500 mm (+/- 20 mm) | TAK, podać |  |
|  | Wymiary powierzchni użytkowej blatu: 700 x 450 mm (+/- 20 mm) | TAK, podać |  |
|  | Regulacja wysokości blatu za pomocą dźwigni nożnej podnośnika hydraulicznego w zakresie minimum 950 do 1320 mm | TAK, podać |  |
|  | Stolik instrumentalny typu MAYO wykonany w całości ze stali kwasoodpornej gat. 0H18N9, | TAK |  |
|  | Blat z pogłębieniem, obracany w poziomie o 360° z blokadą obrotu | TAK |  |
|  | Podstawa w kształcie litery T na 3 kołach w obudowie z tworzywa sztucznego w kolorze szarym, pojedynczych o średnicy min. 75 mm, wszystkie koła z hamulcem | TAK, podać |  |
|  | Wymienny - zdejmowalny blat ułatwiający dokładną dezynfekcję, demontowany jednym ruchem dźwigni | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

• zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

• przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy

• ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

podpis kwalifikowany/ zaufany/ elektroniczny podpis osobisty

**Załącznik nr 8.3 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych**

**Część 3 –** **Stolik instrumentalny z blatem metalowym – 2 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane** **/podać zakres lub opisać/**  |
| 1 | 2 | 3 |  |
|  | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia  | Podać |  |
|  | Stolik fabrycznie nowy | Rok produkcji: 2023 |  |
|  | Wymiary całkowite: 1100x600x850-1200mm +/- 20 mm | TAK, podać |  |
|  | Wymiary blatu: 1100x600 mm +/- 20 mm | TAK, podać |  |
|  | Wymiary powierzchni użytkowej blatu: 1050x550 mm +/- 20 mm | TAK, podać |  |
|  | Stolik wykonany w całości ze stali kwasoodpornej gat. 0H18N9 | TAK |  |
|  | Blat z pogłębieniem, podnoszony ręcznie za pomocą korby, regulacja w zakresie: minimum 850-1200 mm, | TAK, podać |  |
|  | Podstawa na 4 kołach w obudowie stalowej ocynkowanej o średnicy 75 mm, w kolorze szarym, wszystkie koła z blokadą | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

• zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

• przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy

• ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

podpis kwalifikowany/ zaufany/ elektroniczny podpis osobisty

**Załącznik nr 8.4 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych**

**Część 4 –** **Stolik zabiegowy z blatem metalowym i misami – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane** **/podać zakres lub opisać/**  |
| 1 | 2 | 3 |  |
|  | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia  | Podać |  |
|  | Stolik fabrycznie nowy | Rok produkcji: 2023 |  |
|  | Wymiary: 740x430x810 mm +/- 20 mm | TAK, podać |  |
|  | Wymiary blatu górnego: 700x425 mm +/- 20 mm | TAK, podać |  |
|  | Wymiary półki dolnej: 700x425 mm +/- 20 mm | TAK, podać |  |
|  | Stelaż z rurek stalowych o średnicy 20 mm lakierowanych proszkowo na kolor biały, wyposażony w koła w obudowie stalowej ocynkowanej o średnicy min, 75 mm, w tym dwa z blokadą | TAK, podać |  |
|  | Uchylna miska ze stali nierdzewnej | TAK |  |
|  | 2x blat ze stali kwasoodpornej gat. 0H18N9 | TAK |  |
|  | 2x uchylna miska o średnicy powyżej 220 mm pojemność powyżej 2,5l | TAK, podać |  |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

• zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

• przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy

• ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

podpis kwalifikowany/ zaufany/ elektroniczny podpis osobisty

**Załącznik nr 8.5 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych**

**Część 5 –** **Lampa zabiegowa – 6 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane** **/podać zakres lub opisać/**  |
| 1 | 2 | 3 |  |
|  | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia  | Podać |  |
|  | Lampa fabrycznie nowa | Rok produkcji: 2023 |  |
|  | Lampa zabiegowa – źródło światła w technologii LED (diodowa) | TAK  |  |
|  | Czasza lampy o kształcie okrągłym | TAK |  |
|  | Konstrukcja czaszy lampy niedzielona na segmenty | TAK |  |
|  | Lampa wykorzystująca wyłącznie diody białe | TAK |  |
|  | Lampa mocowana do statywu jezdnego na 4 kołach z hamulcami | TAK |  |
|  | Wymiary podstawy jezdnej 600 x 800 mm +/- 20 mm | TAK, podać |  |
|  | Czasza lampy umieszczona ramionach uchylnych pozwalających na łatwe i precyzyjne ustawienie odpowiedniej pozycji czaszy. Lampa po ustawieniu w danej pozycji pozostaje w niej bez konieczności dokręcania, zaciskania | TAK |  |
|  | Ramiona lampy nieposiadające zacisków lub pokręteł koniecznych do dokręcania przez użytkownika w celu pozycjonowania lampy.  | TAK |  |
|  | Lampa wyposażona w 9 do 10 diod  | TAK, podać |  |
|  | Współczynnik odwzorowania barw Ra min. 95 | TAK, podać |  |
|  | Natężenie oświetlenia min. 50 000 lx w odległości 100 cm. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość regulacji temperatury barwowej w zakresie 4000 °K - 4500 °K z panelu dotykowego na czaszy lampy | TAK, podać |  |
|  | Żywotność źródła światła min. 50 000h | TAK, podać |  |
|  | Wielkość plamy świetlnej d10 min. 260 mm  | TAK, podać |  |
|  | Głębia ostrości zgodnie z normą IEC 60601-2-41 (L1+L2) dla 20% Ec minimum 1800 mm | TAK, podać |  |
|  | Możliwość regulacji natężenia światła w zakresie min. 20% - 100% | TAK, podać |  |
|  | Funkcja światła rozproszonego uzyskiwania za pomocą 1 niezależnego przycisku.  | TAK |  |
|  | Panel sterowania lampą umieszczony na czaszy.  | TAK |  |
|  | Średnica czaszy lampy od 19 do 20 cm | TAK, podać |  |
|  | Przyrost temperatury w obszarze zabiegowym max 1°C | TAK, podać |  |
|  | Lampa wyposażona w uchwyt do pozycjonowania lampy z możliwością sterylizacji w autoklawie | TAK |  |
|  | Na wyposażeniu jednej lampy akumulator do zasilania awaryjnego umieszczony w podstawie lampy z możliwością pracy 4 godzin i ładowania do 6 godzin | TAK, podać |  |
|  | Pobór mocy max 37 VA | TAK, podać |  |
|  | Waga lampy maksymalnie 20 kg wraz ze statywem jezdnym | TAK, podać |  |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

• zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

• przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy

• ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

podpis kwalifikowany/ zaufany/ elektroniczny podpis osobisty

**Załącznik nr 8.6 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych**

**Część 6 –** **Wózek zabiegowy z szufladami – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane** **/podać zakres lub opisać/**  |
| 1 | 2 | 3 |  |
|  | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia  | Podać |  |
|  | Wózek fabrycznie nowy | Rok produkcji: 2023 |  |
|  | Wózek zabiegowy z 3 szufladami (wysokość frontów 3x156 mm) | TAK  |  |
|  | 1 x szyna instrumentalna z zabezpieczonymi narożnikami | TAK |  |
|  | 2 x szyna instrumentalna na nadstawce | TAK |  |
|  | 1 x pojemnik na zużyte igły | TAK |  |
|  | Stelaż z profilu aluminiowego lakierowanego proszkowo na biało | TAK |  |
|  | Profil nośny z 2 kanałami montażowymi po obydwu stronach umożliwiający regulację wysokości położenia szyn instrumentalnych oraz rozbudowę wózka w przyszłości o wyposażenie dodatkowe wyłącznie za pomocą elementów złącznych, bez konieczności wykonywania otworów. | TAK |  |
|  | Kanały montażowe zaślepione maskownicą zabezpieczającą przed gromadzeniem się brudu blat z tworzywa ABS w kolorze białym, z pogłębieniem, otoczony z 3 stron bandami o wysokości 40 mm | TAK |  |
|  | Szafka stalowa lakierowana proszkowo na biało, front lakierowany na kolor wg palety RAL, prowadnice szuflad z samodociągiem | TAK |  |
|  | Korpus szafki wyposażony w materiał wygłuszający, niechłonący wilgoci, minimalizujący wibracje | TAK |  |
|  | Wyposażony w uchwyt do prowadzenia | TAK |  |
|  | Podstawa stalowa z osłoną z tworzywa z ABS w kolorze białym, pełniącą funkcję odbojów, wyposażona w koła w obudowie z tworzywa sztucznego o średnicy 125 mm +/- 10 mm, w tym dwa z blokadą. | TAK, podać |  |
|  | Elementy dekoracyjne (maskownice w kanałach montażowych, zaślepki profilu, uchwyt do prowadzenia) lakierowane proszkowo na wybrany kolor frontów szuflad | TAK |  |
|  | Uchwyt do pojemnika na zużyte igły, ze stali kwasoodpornej gat. 0H18N9 | TAK |  |
|  | 1x nadstawka dwurzędowa na 10 uchylnych, transparentnych pojemników (5+5), Profil nadstawki lakierowany proszkowo na biało, z kanałami montażowymi po wewnętrznej stronie, umożliwiającymi regulację wysokości położenia szyn instrumentalnych oraz rozbudowę wózka o wyposażenie dodatkowe wyłącznie za pomocą elementów złącznych, bez konieczności wykonywania otworów; kanały montażowe zaślepione elastyczną, wyjmowana uszczelką zabezpieczającą przed gromadzeniem się brudu | TAK |  |
|  | Wymiary wózka bez wyposażenia opcjonalnego: 700 x 560 x 1000 mm (wysokość od podłoża do blatu) | TAK |  |
|  | Wymiary szafki: 600x500x550 mm | TAK |  |
|  | Wymiary powierzchni użytkowej szuflady: 525x465x145 mm | TAK |  |
|  | Wymiary blatu: 600 x 500 mm | TAK |  |
|  | Wymiary powierzchni użytkowej blatu: 550 x 450 mm | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

• zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

• przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy

• ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

podpis kwalifikowany/ zaufany/ elektroniczny podpis osobisty

**Załącznik nr 8.7 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych**

**Część 7 –** **Stolik na diatermię z blatem stalowym i półką – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane** **/podać zakres lub opisać/**  |
| 1 | 2 | 3 |  |
|  | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia  | Podać |  |
|  | Stolik fabrycznie nowy | Rok produkcji: 2023 |  |
|  | Wymiary wózka bez wyposażenia opcjonalnego: 510 x 450x900 mm +/- 20 mm | TAK, podać  |  |
|  | Wymiary półki: 450x320 mm +/- 20 mm | TAK, podać |  |
|  | Wymiary powierzchni użytkowej półki: 400x270 mm +/- 20 mm | TAK, podać |  |
|  | Wymiary szuflady: 450x320x155 mm +/- 20 mm | TAK, podać |  |
|  | Wymiary powierzchni użytkowej szuflady: 375x280x105 mm +/- 20 mm | TAK, podać |  |
|  | Stelaż z profilu aluminiowego lakierowanego proszkowo na biało.  | TAK |  |
|  | Profil nośny z 2 kanałami montażowymi po obydwu stronach umożliwiający regulację wysokości położenia blatów, szuflady oraz rozbudowę wózka w przyszłości o wyposażenie dodatkowe wyłącznie za pomocą elementów złącznych, bez konieczności wykonywania otworów.  | TAK, podać |  |
|  | Kanały montażowe zaślepione maskownicą zabezpieczającą przed gromadzeniem się brudu. | TAK |  |
|  | Półka, szuflada stalowe, lakierowane proszkowo na biało, blat z pogłębieniem, ze ściętymi narożnikami, front szuflady w kolorze do wyboru z palety RAL  | TAK |  |
|  | Elementy dekoracyjne (maskownice w kanałach montażowych, zaślepki profilu) w wybranym kolorze frontu szuflady | TAK |  |
|  | Podstawa stalowa z osłoną z tworzywa z ABS w kolorze białym, wyposażona w 4 koła w obudowie z tworzywa sztucznego o średnicy 75 mm, w tym dwa z blokadą | TAK |  |
|  | 2 x półka 450 x 320mm+/- 20 mm , | TAK, podać |  |
|  | 1 x szuflada (wysokość frontu 130mm) | TAK |  |
|  | 1 x uchwyt do przetaczania | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

• zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

• przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy

• ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

podpis kwalifikowany/ zaufany/ elektroniczny podpis osobisty

**Załącznik nr 8.8 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych**

**Część 8 – Panel LCD do badania ostrości wzroku – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane** **/podać zakres lub opisać/**  |
| 1 | 2 | 3 |  |
|  | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia  | Podać |  |
|  | Panel LCD fabrycznie nowy | Rok produkcji: 2023 |  |
|  | Przekątna min. 23” | TAK, podać |  |
|  | Określenie ostrości wzroku przy pomocy optotypów | TAK, podać |  |
|  | Wykonanie badań funkcjonalnych narządu widzenia min.:- badanie widzenia barwnego- badanie czułości kontrastowej | TAK, podać |  |
|  | Badanie ostrości wzroku umożliwiające zaawansowaną diagnostykę narządu wzroku o:- test literowy Snellena- pierścienie Landolta- wykonywanie testów spolaryzowanych;- testy kontrastowe- testy Ishihary- testy stereoskopowe- maska czerwono – zielona- test Wilczka- testy dla kierowców | TAK, podać |  |
|  | Montaż sprzętu w siedzibie Zamawiającego | TAK |  |
|  | Bezpłatne szkolenie personelu w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia przeprowadzone w miejscu instalacji urządzenia. | TAK |  |
|  | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. ( t. j. Dz. U. 2022 poz. 974)  | TAK |  |
|  | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

• zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

• przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy

• ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

podpis kwalifikowany/ zaufany/ elektroniczny podpis osobisty