***Załącznik Nr 2 do SWZ. Część 4***

***(Załącznik nr 2 do Umowy)***

**Opis przedmiotu zamówienia**

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa sprzętu i aparatury medycznej dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych
i Administracji w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Poz. nr | Nazwa przedmiotu zamówienia | Ilość |
| Część 4 |
| 1 | Regały do przechowywania leków | 6 szt. |

1. Przedmiot umowy jest fabrycznie nowy, gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.
2. Wykonawca ***dostarczy i zamontuje*** przedmiot umowy w siedzibie Zamawiającego, ***w miejscu przez niego wskazanym***, własnym transportem, na swój koszt i ryzyko wraz z dokumentacją w języku polskim, instrukcją obsługi, warunkami gwarancji i kartą gwarancyjną.
3. Przedmiot zamówienia musi być oznakowany przez producenta w Taki sposób, aby możliwa była identyfikacja zarówno produktu jak i producenta.
4. Opis przedmiotu zamówienia nie powinien budzić żadnej wątpliwości Zamawiającego. Z opisu powinno wynikać, że oferowany przedmiot zamówienia jest o takich samych parametrach, jakich wymaga Zamawiający lub parametrach lepszych poprzez dokładne wskazanie zaoferowanych parametrów wg punktów wyszczególnionych przez Zamawiającego w zestawieniu wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych.
5. Zamawiający ma prawo do sprawdzenia wiarygodności podanych przez Wykonawcę parametrów techniczno – użytkowych we wszystkich dostępnych źródłach, w tym również poprzez zwrócenie się o złożenie dodatkowych wyjaśnień do Wykonawcy.

***Faktura dostarczona w dniu realizacji zamówienia.***

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

|  |
| --- |
| **Część 4** |
| **Regały do przechowywania leków (6 szt.)****model / typ: ……………………………****producent: ……………………………** |
| **Rok produkcji: ………………………** |
| ***Lp.*** | ***Parametr*** | ***Parametry wymagane*** | ***Opis parametrów oferowanych\**** | ***Ocena punktowa*** | ***Określenie punktacji*** |
| 1. **Wymogi formalne**
 |
|  | Przedmiot umowy fabrycznie nowy, wyprodukowany nie wcześniej niż w 2024 roku | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Regały z przeznaczeniem do przechowywania leków, posiadające atest, spełniające odpowiednie normy, mogące być dopuszczone do zastosowania w środowisku aptecznym | Tak |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Wymogi podstawowe**
 |
|  | Regały do przechowywania leków, dzięki zastosowaniu ergonomicznych szuflad umożliwiające maksymalne wykorzystanie objętości regału, umożliwiając tym samym lepsze wykorzystanie powierzchni magazynowej apteki | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Fronty przednie jak i pozostałe boki regałów wykonane z płyty MDF. Kolor do ustalenia z Zamawiającym na etapie realizacji. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Regał od góry przykryty blachą stalową lub płytą MDF, wymagana możliwość wykorzystania przestrzeni na regale jako miejsce przechowywania lżejszych kartonów z lekami | Tak (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Regały składające się tylko z szuflad | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Wymagane są szuflady poziome, jak i szuflady pionowe typu cargo | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Regały składające się z identycznych modułów o szerokości 55 – 60 cm | Tak (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Szuflady poziome: * 2 dzielne – wysokie lub 3 dzielne – niskie,
* wysokość szuflad 2 dzielnych: 23-26 cm
* wysokość szuflad 3 dzielnych: 12-14 cm
* w każdym module min. najwyższa szuflada pozioma zamykana na klucz
 | Tak (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Szuflady pionowe cargo* wysokość: 90-100 cm,
* szerokość 22,5-30 cm,
* 4 przedziały w środku,
* umieszczona w górnej części regału
 | Tak (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Wymagane są dwie konfiguracje regałów:1. (2 szt.)
* szuflady pionowe cargo – 2szt.
* szuflady poziome wysokie – 4szt.
1. (4 szt.)
* szuflady pionowe cargo – 2szt.
* szuflady poziome niskie – 6szt.
* szuflady poziome wysokie – 1szt.
 | Tak (opisać), załączyć projekt roboczy |  |  | Bez punktacji |
|  | Wysokość regału: 200 – 210 cm | Tak (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Głębokość regału 65 cm, maksymalna głębokość przy wysuniętych szufladach wynosi 130 cm | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Każda szuflada musi wysuwać się w całości, tylna krawędź szuflady musi wysuwać się przed obudowę regału | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Dostęp do każdego produktu w regale poprzez wyciągnięcie ręki, bez użycia podestu lub drabiny. Produkty w najwyższych częściach regału muszą być swobodnie widoczne z pozycji osoby stojącej na podłodze. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Szuflady muszą być na teleskopowych prowadnicach z mechanizmem hamującym zapobiegającym uderzaniu szuflady o regał | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Wykonawca jest zobowiązany do podania ceny całkowitej za regał, z uwzględnieniem obudowy, frontów, okuć, przekładek organizujących przestrzeń w szufladach i wszystkich elementów niezbędnych do uzyskania końcowego produktu zgodnie z wymaganiami i opisem przedmiotu zamówienia.  | Tak |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Inne wymagania**
 |
|  | Okres gwarancji 60 miesięcy | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Broszury techniczne, instrukcje, foldery potwierdzające spełnienie wymagań | Tak, załączyć do oferty |  |  | Bez punktacji |
|  | Dostarczenie instrukcji obsługi oraz dokumentacji technicznej w języku polskim. Dostarczenie wraz z dostawą regałów. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Szkolenie stanowiskowe w miejscu instalacji (potwierdzone zaświadczeniem/ certyfikatem) | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Instrukcja stanowiskowa BHP wraz ze szkoleniem z zasad obsługi oraz zasad BHP. Szkolenie na koszt Wykonawcy potwierdzone protokołem. | Tak |  |  | Bez punktacji |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać zakresy***

Wartości podane w rubrykach Parametr/Parametry wymagane stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty (nie dotyczy parametrów ocenianych, gdzie Wykonawca może wpisać „NIE”, nie otrzymując tym samym punktów).

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenie, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

Oświadczam, że oferowany przez nas Towar spełnia powyższe parametry wymagane przez Zamawiającego.

……..……..……………………..

*(podpis i pieczątka imienna osoby*

 *uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)*