*Załącznik Nr 1 do SIWZ*

Oznaczenie sprawy: PN – 10/19

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oznaczenie Wykonawcy

**Opis przedmiotu zamówienia**

**Cz. nr 15 - Wózek anestezjologiczny 4 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***L. p.*** | ***Wymagania dla przedmiotu zamówienia*** | ***Parametry wymagane*** | ***Parametry oferowane (potwierdzić spełnianie parametru / opisać) \****  ***należy wypełnić wszystkie rubryki poprzez zaznaczenie odpowiednio TAK/NIE bądź wpisanie wartości parametru oferowanego – zgodnie z wymaganiem zamawiającego*** |
|  | Producent | podać | ……………………….. |
|  | Model | podać | ……………………….. |
|  | Kraj pochodzenia | podać | ……………………….. |
|  | Rok produkcji | urządzenie nowe, nieużywane,  wyprodukowane w 2019r. | TAK/NIE  Rok produkcji ………………… |
|  | Szkielet wózka, blat górny i czoła szuflad wykonane z materiału charakteryzującego się wysoką wytrzymałością i trwałością: twarda mikrokomórkowa pianka poliuretanowa | TAK | TAK/NIE |
|  | Konstrukcja wózka wyposażona w centralny system zamknięcia wszystkich szuflad – zamykany na klucz. | TAK | TAK/NIE |
|  | Wymiary zewnętrzne wózka:  - Wysokość: min. 85 cm, max. 95cm  - Głębokość: min. 67 cm, max. 77cm  - Szerokość: min. 78cm, max. 88cm | TAK/Podać | Wymiary zewnętrzne wózka:  - Wysokość: ………..  - Głębokość: ………………..  - Szerokość: ……………….. |
|  | Wózek wyposażony w cztery szuflady o wysokości 150 mm każda | TAK | TAK/NIE |
|  | Listwa odbojowa chroniąca wózek i ściany przed uszkodzeniami | TAK | TAK/NIE |
|  | Wyposażenie podstawowe wózka :  - blat zabezpieczony z czterech stron przed zsuwaniem się przedmiotów,  - uchwyt do przetaczania wytłoczony w blacie wózka,  - pojemnik do zużytych igieł, strzykawek wpuszczany w blat wózka (otwór w blacie)  - otwieracz ampułek wbudowany w korpus wózka na rogu,  - pojemnik na cewniki wbudowany w korpus wózka,  - pojemnik na butelki,  - kosz na odpadki ,  - min. 2 przezroczyste umożliwiające identyfikację tego co znajduje się w środku odchylane pojemniki „kieszenie”,  - wysuwana spod blatu półkę do pisania z lewej lub prawej strony wózka,  - półka na żel wytłoczona w wózku w przedniej części wózka od czoła,  - uchwyt na butlę z tlenem wytłoczony w wózku z pasem mocującym,  - zintegrowane dwie boczne szuflady wysuwane spod blatu: jedna z wkładem ze stali nierdzewnej, druga na leki natychmiastowego użycia – ratujące życie (z przezroczystą ścianką w blacie wózka) pozwalająca na ich identyfikacje  Wymienione wyposażenie nie powodujące zwiększenia gabarytów wózka i nie narażające na ich uszkodzenie – zintegrowane w obudowie wózka | TAK | TAK/NIE |
| **PARAMETRY STANOWIĄCE KRYTERIUM OCENY OFERT** | | | |
| ***Opis parametru wymaganego oraz wskazane parametry oceniane*** | | ***punkty*** | ***Oferowany parametr – należy wskazać odpowiednio TAK/NIE bądź wpisać oferowaną wartość*** |
|  | Czoła szuflad z przezroczystymi pojemnikami z możliwością umieszczenia opisu identyfikującego zawartość szuflady. Pojemniki szuflad jednoczęściowe - odlane w formie bez elementów łączenia, bez miejsc narażonych na kumulacje brudu i ognisk infekcji. | Segregatory/podziałki w min 2 szufladach – 10 pkt  Brak – 0 pkt | TAK/NIE |
|  | Układ jezdny: 4 koła jezdne w tym min. 2 z blokadą, o średnicy min. 125mm. z elastycznym, niebrudzącym podłóg bieżnikiem rozmieszczone w równych odległościach od siebie zwiększające zwrotność wózka | TAK  2 koła z blokadą – 0 pkt  >2 koła z blokadą – 10 pkt | 4 koła jezdne w tym ……. z blokadą |
|  | Wyposażenie dodatkowe:  - Tworzywowa nadstawka z pojemnikami na strzykawki, igły, drobne przedmioty. Pojemniki w dwóch rzędach, w dolnym 5 dużych, w górnym 6 mniejszych,  - półka ze stali nierdzewnej, montowana do nadstawki,  - uchwyt na defibrylator montowany do blatu, z możliwością ustawienia go w obrębie wózka lub poza jego obrysem – poprzez odchylenie  - tworzywowy uchwyt na potrójne pudełko rękawic (montowany na całej szerokości wózka pod ww nadstawką),  - demontowalna listwa ze stali nierdzewnej do montowania akcesoriów | Możliwość montażu wyposażenia (listwy do akcesoriów, uchwytu na rękawice i półki ze stali nierdzewnej) w różnej kolejności– 10 pkt  Brak w/w możliwości – 0 pkt  Możliwość rozbudowy wózka o dodatkowe wyposażenie w przyszłości – 10 pkt  Brak możliwości - 0pkt | TAK/NIE  TAK/NIE |
|  | Kolorystyka szafki do wyboru min 3 kolory, podać możliwości | TAK  3 kolory – 0 pkt  Powyżej 3 kolorów – 10 pkt | Wskazać kolory…………………. |
| **WARUNKI GWARANCJI I SERWISU** | | | |
|  | Okres gwarancji min. 24 miesiące\* | podać | …………………. mc |
|  | Czas reakcji serwisu gwarancyjnego tj. podjęcie naprawy serwisowej do 48 h od momentu zgłoszenia. (w dni robocze) | wskazać adres punktu serwisowego | TAK/NIE  ……………………………….. |
| **SZKOLENIA** | | | |
|  | Szkolenie w zakresie obsługi urządzenia | TAK | TAK/NIE |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019r. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(nazwisko i imię osoby upoważnionej do**

**reprezentowania Wykonawcy )**

\*okres obowiązywania gwarancji dotyczy sprzętu medycznego. Okres obowiązywania gwarancji dla urządzeń innych niż sprzęt medyczny nie może być krótszy niż okres gwarancji jaki zapewnia producent urządzenia