*Załącznik Nr 1 do SIWZ*

Oznaczenie sprawy: PN – 10/19

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

 Oznaczenie Wykonawcy

**Opis przedmiotu zamówienia**

**Cz. nr 14 - Wózek do przewożenia 6 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/NIERok produkcji ………………… |
|  | Wymiary zewnętrzne: min. 2040 x 730 mm, max. ~~2080~~2170 x ~~770~~ 840mm | TAK/Podać | Wymiary zewnętrzne: ……………. |
|  | Wymiary leża: min. 1900 x 630 mm, max. 1950 x 670 mm | TAK/Podać | Wymiary leża ……………. |
|  | Regulacja wysokości - nożna hydrauliczna w zakresie min. 620 - 880 mm | TAK | TAK/NIE |
|  | Regulacja przechyłów wzdłużnych - nożna hydrauliczna w zakresie min. +/- 10˚ | TAK | TAK/NIE |
|  | Leże min. 2 segmentowe, w tym 1 segment ruchomy | TAK | TAK/NIE |
|  | Leże przezierne dla promieni RTG, możliwość wykonywania zdjęć standardowym aparatem RTG oraz Ramieniem C. Pod blatem prowadnica/tunel na kasetę na całej długości z możliwością zintegrowania prowadnicy z segmentem pleców w celu wykonania zdjęcia w pozycji siedzącej. Po bokach leża podziałka ułatwiająca lokalizację kasety. Prowadnica przesuwana pod leżem. | TAK | TAK/NIE |
|  | Regulacja segmentu pleców wspomagana sprężyną gazową w zakresie min. 0 – 70° | TAK | TAK/NIE |
|  | Koła o średnicy min 200mm z centralną oraz kierunkową blokadą kół, dźwignie hamulca przy każdym narożniku. | TAK | TAK/NIE |
|  | Leże wózka oparte na dwóch szczelnych kolumnach cylindrycznych. Kolumny zabezpieczone tworzywowymi pierścieniami chroniącymi przed wnikaniem płynów i pyłów do wewnątrz. | TAK | TAK/NIE |
|  | Listwy odbojowe na bokach wózka. W narożnikach leża krążki odbojowe | TAK | TAK/NIE |
|  | Tworzywowa obudowa podwozia z wyprofilowanym pojemnikiem np. na butle z tlenem czy też osobiste rzeczy pacjenta | TAK | TAK/NIE |
|  | Barierki boczne metalowe w pełni zabezpieczające pacjenta, składane wzdłuż ramy leża. Barierki składające się z ~~sześciu~~ min. 5 pionowych szczebli połączonych tworzywowymi nakładkami. | TAK | TAK/NIE |
|  | Wózek wyposażony od strony głowy i nóg w wysuwane szczyty, służące jednocześnie do transportu wózka. Szczyty wysuwane spod leża. Szczyty wyposażone w tworzywowe nakładki | TAK | TAK/NIE |
|  | Wyposażenie każdego wózka:- materac opisany powyżej – 1 szt. - wysuwane z blatu uchwyty/szczyty do prowadzenia wózka – 1 kpl.- łatwo-ślizg – 1 szt. - Wieszak na kroplówki – 1 szt.  | TAK | TAK/NIE |
|  | Wyposażenie do całości zamówienia:- żelowe podkładki zabezpieczające pacjenta (okrągłe 3 szt., pod plecy 2 szt., pod pięty 4 szt.) - deska do transferu pacjenta – 1 szt. | 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*** |
|  | Dodatkowe piąte koło pod leżem, zwiększające zwrotność wózka, piąte koło jako koło kierunkowe | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. | TAK/NIE |
|  | Maksymalna masa pacjenta umożliwiająca bezpieczną pracę w każdej pozycji ≥ 210 kg | < 220 kg – 0 pkt˃ 220 kg – 15 pkt | Maksymalna masa pacjenta umożliwiająca bezpieczną pracę w każdej pozycji ……… kg |
|  | Materac o grubości min 60mm, pozwalający przebywać pacjentowi bez ryzyka powstania odleżyn. | Wkładki (rolki) będące integralną częścią materaca ułatwiające przenoszenie pacjenta z wózka na łóżko – 10 pktBrak – 0 pkt | TAK/NIE |
|  | Funkcjonalność wieszaka na kroplówki (wskazanego w pkt.18) | Wieszak kroplówki składany , nie wymagający demontażu – 15 pktWieszak demontowany – 0 pkt | TAK/NIE |
| **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