**Załącznik nr 1.2 do SWZ**

**zmieniony w dniu 27.03.2023r.**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (OPZ) / OFERTA TECHNICZNA**

**Część nr 2 – Dostawa asystora wózka zabiegowego**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Opis parametru** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana**  **(TAK lub NIE / podać tam gdzie wskazane)** |
| 1. **Wymagania ogólne** | | | | |
| **1** | Producent / Firma ……………………………………………….…… Rok produkcji (2022 lub 2023)……………………. Kraj pochodzenia ………………………………… Urządzenie typ / model ………………… Klasa wyrobu medycznego …………………. | | | |
| **2** | Deklaracja zgodności CE dla systora | TAK |  |
| **3** | Asystor fabrycznie nowy nie rekondycjonowany nie używany do prezentacji | TAK |  |
| 1. **Asystor wózek zabiegowy – 1 szt.** | | | | |
| **1** | Rama wózka lub korpus w całości wykonany ze stali pokrytej lakierem proszkowym | Tak, podać | ………….. |
| **2** | Szuflady z aluminium lub stali pokryte lakierem proszkowym – min. 4 szt. | Tak, podać | …………. |
| **3** | Centralny zamek blokujący jednocześnie wszystkie szuflady oraz uchwyt do wygodnego prowadzenia wózka. | Tak |  |
| **4** | Każda szuflada posiada prowadnice z pełnym wysuwem oraz systemem automatycznego domykania. | Tak |  |
| **5** | Cichobieżne kółka w obudowie przeciwpyłowej. | Tak |  |
| **6** | Blokowane min. 2 koła. | Tak, podać | …………. |
| **7** | Odbojniki z tworzywa sztucznego 4 szt. | Tak |  |
| **8** | Dodatkowy blat boczny. | Tak |  |
| **9** | Nadstawka z dyspenserem jednorazówki zintegrowana z blatem lub korpusem wózka | Tak, podać | ………….. |
| **10** | Wieszak kroplówki (haczyk i koszyk na butelkę lub 2 haczyki i 2 koszyki na butelkę) | Tak, podać | ………… |
| **11** | Zamykany kosz. | Tak |  |
| **12** | Podział do segregowania leków i materiałów medycznych we wszystkich szufladach. | Tak |  |
| **13** | Dyspenser rękawic. | Tak |  |
| **14** | Wymiary:  - szerokość 55 cm +/- 5 cm lub 65 cm (wraz z odbojami), przy czym szerokość samej szafki wynosi 60 cm  - głębokość 45 cm +/- 5 cm lub 55 cm (wraz z odbojami), przy czym głębokość samej szafki wynosi 50 cm  – wysokość z nadstawką 140cm - 170 cm | Tak, podać | …………… |
| **15** | Kolor frontu z palety RAL – do uzgodnienia. | Tak |  |
| 1. **Wymagania dodatkowe** | | | | |
| **1** | Gwarancja min. 24 miesiące. | Tak, podać | ……….. |
| **2** | Reakcja serwisu w okresie gwarancji - do 12 godzin w dni robocze od zgłoszenia. | Tak, podać | ……….. |
| **3** | Przeglądy wymagane przez producenta w okresie gwarancji realizowane na koszt Wykonawcy wraz z dojazdem oraz wymianą materiałów wymaganych przy przeglądach gwarancyjnych oraz dodatkowy przegląd wykonany na miesiąc przed zakończeniem okresu gwarancyjnego. | Tak |  |
| **4** | Maksymalny czas skutecznego usunięcia usterki: a) naprawa nie wymagająca wymiany części do 24 godzin;(w dni robocze)  b) naprawa w przypadku konieczności importu części – do 7 dni roboczych;  c) naprawa nie wymagająca importu części – do 5 dni roboczych. | Tak |  |
| **5** | Każdy dzień przestoju spowodowany niesprawnością oferowanego sprzętu przedłuża o ten czas okres gwarancji. | Tak |  |
| **6** | W okresie gwarancji zapewnienie asystora zastępczego na czas naprawy. | Tak |  |
| **7** | Zapewnienie części zamiennych i wsparcie techniczne w okresie min. 10 lat od daty instalacji. | Tak |  |
| **8** | Zapewnienie pełnej autoryzowanej obsługi serwisowej przez uprawnioną jednostkę gwarantującą skuteczną interwencję techniczną w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym dla oferowanego sprzętu (podać dane serwisu: nazwa, dane teleadresowe, itp.). | Tak |  |
| **9** | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| **10** | Paszport techniczny z wpisami o instalacji oraz terminem kolejnego przeglądu. | Tak |  |

*Podpis osoby / osób umocowanych*

*do reprezentowania Wykonawcy*