Załącznik nr 8 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia

Pakiet nr 2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje**(wartości minimalne wymagane) | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  **Waga dla pacjentów na wózkach inwalidzkich – 1 sztuka**Oferowany model: …………………………………………………………Producent: …………………………………………………………Rok produkcji ………………………………………………………… |
| 1. | Waga dla pacjentów na wózkach inwalidzkich – elektryczna, wielofunkcyjna waga.  | TAK, podać |  |
| 2. | Waży pacjentów szczególnie ciężkich, osoby na wózkach inwalidzkich oraz siedzących pacjentów z zaburzeniami krążenia oraz dializowanych. Rampa podjazdowado ważenia pacjentów na wózkach inwalidzkich. | TAK, podać |  |
| 3. | Wygodny wyświetlacz można umieścićw dowolnym miejscu (np. na biurku lub stole) aby wygodnie odczytywać wyniki i klawisze funkcyjne, z przewodem o długości min. 2,3 m | Bezprzewodowy wyświetlacz – 10 pktNie – 0 pkt |  |
| 4. | Klasa dokładność min: III (3) | TAK, podać |  |
| 5. | Nośność: min. 250kg | ≥ 300 kg – 10pkt300kg > nośność > 250 kg – 0 pkt |  |
| 6. | Podziałka (g): 100 g < 200 kg > 200 g | TAK, podać |  |
| 7. | Zasilacz 230V 50/60 Hz | TAK, podać |  |
| 8. | Wymiary (SxWxG):900 x 70 x 1050 mm (±20%) | TAK, podać |  |
| 9. | Waga netto < 30 kg | TAK, podać |  |
| 10. | Funkcje: resetowanie, amortyzacja, rolki transportowe, TARA | TAK, podać |  |
| 11. | Ochrona przed przeciążeniem, HOLD, Auto-HOLD, Auto-CLEAR, automatyczne przełączanie zakresów ważenia, BMI, Pre-TARA | TAK, podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Wymagane parametry i funkcje****(wartości minimalne wymagane)** | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| **Wymagania techniczne – dotyczy wszystkich powyższych urządzeń** |
| 1. | Paszport techniczny oraz instrukcja obsługiw języku polskim dostarczona wrazz przedmiotem zamówienia. /dotyczy wyrobu medycznego/ | TAK, podać |  |
| 2. | Obsługa przedmiotu zamówienia i komunikatyw języku polskim /jeśli dotyczy/ | TAK, podać |  |
| 3. | Gwarancja min. 24 miesiące od dnia instalacji potwierdzonej protokołem uruchomieniai przekazania przedmiotu zamówienia w terminie uwzględniającym godziny pracy Zamawiającego. | TAK, podać |  |
| 4. | Czas reakcji serwisu od powiadomieniado rozpoczęcia naprawy max. 24 godz. /dotyczy wyrobu medycznego/ | TAK, podać |  |
| 5. | Czas oczekiwania na skuteczne usunięcie uszkodzenia /dotyczy wyrobu medycznego/:a. nie wymagającej importu części nie dłużej niż 2 dni robocze. /dotyczy wyrobu medycznego/b. wymagającej importu części nie dłużej niż 10 dni roboczych. /dotyczy wyrobu medycznego/ | TAK, podać |  |
| 6. | Wykonawca dostarczy, zainstaluje i uruchomi,a także przeprowadzi szkolenie z zakresu obsługi w cenie oferty | TAK, podać |  |
| 7. | Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia wraz z przedmiotem zamówienia uzupełnionego paszportu technicznego o dane identyfikujące przedmiot zamówienia (m.in. numer seryjny, rok produkcji, model, producent). | TAK, podać |  |
| 8. | Serwis pogwarancyjny, dostępność części zamiennych – min. 10 lat od daty sprzedaży. /dotyczy wyrobu medycznego/ | TAK, podać |  |
| 9. | Przedmiot zamówienia wykonany w technologii energooszczędnej – urządzenie energooszczędne /jeśli dotyczy/. | TAK, podać |  |

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – niespełnienie nawet jednego
z w/w parametrów spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji.

 …………………………………..

 Podpis osoby uprawnionej do

 reprezentowania Wykonawcy