Załącznik nr 8 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia

Pakiet nr 1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje**  (wartości minimalne wymagane) | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| **Kozetka lekarska z regulacją wysokości – 5 sztuk**  Oferowany model: …………………………………………………………  Producent: …………………………………………………………  Rok produkcji ………………………………………………………… | | | |
| 1. | Kozetka lekarska dwusekcyjna | TAK, podać |  |
| 2. | Długość: 200 cm (±5 cm)  Szerokość: 70 cm (±5 cm)  Regulacja wysokości minimalnie w przedziale: od 60 cm do 90 cm. | TAK, podać |  |
| 3. | Regulacja kąta nachylenia zagłówka minimalnie w zakresie (-60 ° / +45 °) | TAK, podać |  |
| 4. | Dopuszczalne obciążenie (regulacja manualna) minimum: 200 kg | ≥300 kg – 10 pkt  300 kg > dopuszczalne obciążenie > 200 kg – 0 pkt |  |
| 5. | Leże dwuczęściowe | TAK, podać |  |
| 6. | Podgłówek regulowany ze wspomaganiem przez sprężynę gazową | TAK, podać |  |
| 7. | Uchwyty na pasy do stabilizacji po obu stronach leża | Pasy do stabilizacji w zestawie – 5 pkt  Nie – 0 pkt. |  |
| 8. | Tapicerka skóropodobna (min. 10 kolorów do wyboru przez Zamawiającego) | TAK, podać |  |
| 9. | Biały kolor stelaża | TAK, podać |  |
| 10. | 4 regulowane stopki | TAK, podać |  |
| ~~11.~~ | ~~Manualna regulacja wysokości~~ | ~~TAK, podać~~ | ~~-----------------------------------~~ |
| 12. | Korba do manualnej regulacji wysokości | Regulacja wysokości z dwóch stron (głowa, nogi) – 5 pkt.  Regulacja wysokości z jednej strony – 0 pkt |  |
| 13. | Elektryczna regulacja wysokości | TAK – 10 pkt  NIE – 0 pkt |  |
| 14. | Uchwyt na podkłady medyczne (z rolki) – na szerokość oferowanej kozetki | 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 obsługi w języku polskim dostarczona wraz z przedmiotem zamówienia. /dotyczy wyrobu medycznego/ | TAK, podać |  |
| 2. | Gwarancja min. 24 miesiące od dnia instalacji potwierdzonej protokołem uruchomienia i przekazania przedmiotu zamówienia w terminie uwzględniającym godziny pracy Zamawiającego. | TAK, podać |  |
| 3. | Czas reakcji serwisu od powiadomienia do rozpoczęcia naprawy max. 48 godz. /dotyczy wyrobu medycznego/ | TAK, podać |  |
| 4. | 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 |  |
| 5. | Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia w cenie oferty. | TAK, podać |  |
| 6. | 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 |  |
| 7. | Serwis pogwarancyjny, dostępność części zamiennych – min. 10 lat od daty sprzedaży. /dotyczy wyrobu medycznego/ | TAK, podać |  |

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – nie spełnienie 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