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. | Elektryczna, wielkofunkcyjna waga.dla pacjentów szczególnie ciężkich, osoby na wózkach inwalidzkich oraz siedzących pacjentów z zaburzeniami krążenia | TAK, podać |  |
| 3. | Rampa podjazdowa do ważenia pacjentów na wózkach inwalidzkich. | TAK, podać |  |
| 4. | Wygodny zdalny wyświetlacz można umieścić w dowolnym miejscu (np. Na biurku lub stole) aby wygodnie odczytywać wyniki i klawisze funkcyjne, z przewodem o długości minimum 2,3 m. | Bezprzewodowy wyświetlacz – 10 pktNie – 0 pkt |  |
| 5. | Klasa dokładności: III (3) | TAK, podać |  |
| 6. | Nośność: 300kgPodziałka(g) minimum: 100g 200g | > 300 kg – 10pkt300 kg – 0 pkt |  |
| 7. | Zasilanie: Zasilacz | TAK, podać |  |
| 8. | Wymiary (SxWxG):904 x 70 x 1064 mm(±10 cm) | TAK, podać |  |
| 10. | Funkcje: resetowanie, amortyzacja, rolki transportowe, TARA, 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** |
| 11. | Paszport techniczny oraz instrukcja obsługiw języku polskim dostarczona wrazz przedmiotem zamówienia. /dotyczy wyrobu medycznego/ | TAK, podać |  |
| 12. | Obsługa przedmiotu zamówienia i komunikatyw języku polskim /jeśli dotyczy/ | TAK, podać |  |
| 13. | Gwarancja min. 24 miesiące od dnia instalacji potwierdzonej protokołem uruchomieniai przekazania przedmiotu zamówienia w terminie uwzględniającym godziny pracy Zamawiającego. | TAK, podać |  |
| 14. | Czas reakcji serwisu od powiadomieniado rozpoczęcia naprawy max. 24 godz. /dotyczy wyrobu medycznego/ | TAK, podać |  |
| 15. | 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 |  |
| 16. | Wykonawca dostarczy, urządzenie oraz przeprowadzi instruktarz obsługi i konserwacji w cenie oferty. | TAK, podać |  |
| 17. | 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 |  |
| 18. | Serwis pogwarancyjny, dostępność części zamiennych – min. 10 lat od daty sprzedaży. /dotyczy wyrobu medycznego/ | TAK, podać |  |
| 19. | Przedmiot zamówienia wykonany w technologii energooszczędnej – urządzenie energooszczędne /jeśli dotyczy/. | TAK, podać |  |
| 20. | Wykonania (w cenie oferty) instruktarzu obsługii konserwacji sprzętu dla personelu w zakresie obsługi zaoferowanego przedmiotu zamówienia. | 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