ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH

36 Wózek zabiegowy 2 blatowy

Nazwa producenta: .......................................................

Nazwa i typ: .......................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR / WARUNEK WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY – PODAĆ** |
| 1. | Wózek zabiegowy wykorzystywany do przetrzymywania instrumentarium  w czasie wykonywania badań i zabiegów |  |
| 2. | Wózek łatwy do mycia i odporny na dezynfekcję szpitalną |  |
| 3. | Nogi wózka wykonane ze stali nierdzewnej lub profili aluminiowych pokrytych lakierem proszkowym |  |
| 4. | Dwa blaty wózka wykonane z płyty HPL o grubości min 6 mm |  |
| 5. | Górny blat posiadający uchwyt do prowadzenia wózka |  |
| 6. | Możliwość wyboru koloru płyty HPL- co najmniej 4 kolory |  |
| 7. | Blaty posiadające ranty ze stali nierdzewnej zabezpieczające przedmioty przed wypadnięciem. |  |
| 8. | Szuflada umieszczona pod górnym blatem, której wewnętrzna wysokość  wynosi 100 mm (+/- 20 mm) |  |
| 9. | Długość całkowita wózka 800 mm (+/- 20 mm) |  |
| 10. | Szerokość całkowita wózka 550 mm (+/- 20 mm) |  |
| 11. | Wysokość górnego blatu 850 mm (+/- 20 mm) |  |
| 12. | Maksymalne obciążenie wózka min 20 kg |  |
| 13. | Maksymalne obciążenie blatu min 10 kg |  |
| 14. | Cztery koła o średnicy 75 mm, koła antystatyczne, w tym min dwa z  blokadą |  |
| 15. | W narożnikach stolika cztery krążki odbojowe zabezpieczające przed  obiciem |  |
| 16. | **Pozostałe wymagania** |  |
| 17. | Certyfikat ISO 9001 oraz ISO 13485 dla producenta – dołączyć do oferty |  |
| 18. | Deklaracja zgodności CE wydana przez producenta – dołączyć do oferty |  |
| 19. | Wpis lub zgłoszenie do RWM w Polsce – stosowny dokument dołączyć do  oferty |  |
| 20. | Firmowe materiały informacyjne producenta lub autoryzowanego  dystrybutora w języku polskim potwierdzające spełnienie wymaganych parametrów oferowanego wyrobu – dołączyć do oferty  W przypadku wątpliwości co do zaoferowanych parametrów, Zamawiający zastrzega sobie możliwość wezwania oferenta do  prezentacji oferowanego wyrobu |  |
| 21. | Zapewnienie producenta lub autoryzowanego dystrybutora o  dostępności części zamiennych przez okres minimum 10 lat – informację  dołączyć do oferty |  |
| 22. | Zapewnienie producenta lub autoryzowanego dystrybutora o zapewnieniu serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego – informację  dołączyć do oferty |  |

UWAGI:

1. **Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty. Parametry muszą być potwierdzone**

folderami lub karatami katalogowymi oferowanego wyrobu.

1. **Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego**

parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.

1. **Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.**

…………………………….

Podpis Wykonawcy