**ŁÓŻKO SZPITALNE ZWYKŁE (10 szt.)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Łóżko szpitalne zwykłe** | **Warunek** | **Potwierdzenie/****Opis Wykonawcy** |
| **1** | **Typ/Model** | **Tak/Podać** |  |
| **2** | **Producent** | **Tak/Podać** |  |
| **3** | **Rok produkcji** | **Tak/Podać** |  |
| **4** | Zaoferowany przedmiot zamówienia musi posiadać dopuszczenie do obrotu i do używania zgodnie z ustawą dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych ( Dz. U. z 2019 r. poz. 175 ) w szczególności:1. spełniać tzw. Wymagania zasadnicze, określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia uwzględniającym wymagania prawa wspólnotowego w szczególności w zakresie wytwarzania, opakowania i oznakowania tych wyrobów;
2. posiadać deklarację zgodności dla oferowanego przedmiotu zamówienia;

 c ) oznakowano je znakiem zgodności CE | Tak/Podać |  |
| **5** | Wykaz dostawców części i materiałów – zgodnie z art. 90 ust. 3 Ustawy o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010r. ( Dz. U. z 2019 r. poz. 175 ) | Tak/Podać |  |
| **6** | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania czynności – zgodnie z art. 90 ust. 4 ustawy o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r. ( Dz. U. z 2019r. poz. 175 ) | Tak/Podać |  |
| **Ogólne parametry techniczne** |
| **1.** | Łóżko elektryczne, z regulacją wysokości segmentu pleców i uda | Tak/Podać |  |
| **2.** | Leże panelowe, łatwe w dezynfekcji dzięki możliwości demontowania poszczególnych części łóżka ( barierki, zagłowie) | Tak |  |
| **3.** | Minimalna wysokość leża 37 cm ± 5 cm lub gwarantująca bezpieczne opuszczanie łóżka | Tak/Podać |  |
| **4.** | Funkcja CPR pozwalająca na natychmiastową reakcję w sytuacji zagrożenia życia pacjenta | Tak/Podać |  |
| **5.** | Centralna i/lub kierunkowa blokada kół | Tak/Podać |  |
| **6.** | Szczyty łóżka tworzywowe z jednolitego odlewu wyjmowane od strony nóg i głowy z możliwością blokady | Tak/Podać |  |
| **7.** | Barierki boczne metalowe na całej długości leża, lakierowane, składane wzdłuż ramy leża | Tak/Podać |  |
| **8.** | Barierki składane poniżej poziomu materaca | Tak |  |
| **9.** | Łóżko z możliwością przedłużenia leża w celu dostosowania długości do wzrostu | Tak |  |
| **10.** | Materac wraz z łóżkiem o wysokości minimum 10 cm – piankowy w pokrowcu łatwo zmywalnym | Tak/Podać |  |
| **11.** |  | Tak/Podać |  |
| **Warunki serwisu** |
| **1** | Okres gwarancji minimum 36 miesięcy  | Tak/Podać |  |
| **2** | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi okresowe przeglądy techniczne przedmiotów zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do wykonania przeglądu. Ostatni przegląd musi zostać wykonany w ostatnim miesiącu gwarancji. | Tak/Podać |  |
| **3** | Czas reakcji na zgłoszenie usterki nastąpi najpóźniej w następnym dniu roboczym od dnia zgłoszenia. Dni robocze rozumiane są jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | Tak/Podać |  |
| **4** | Czas skutecznej naprawy od momentu zgłoszenia awarii – max. 5 dni roboczych, rozumiane jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | Tak/Podać |  |
| **5** | Okres dostępności części zamiennych od daty sprzedaży przez min. 10 lat. | Tak/Podać |  |
| **6** | W okresie gwarancji Wykonawca do napraw i przeglądów będzie używał wyłącznie nowych części zamiennych | Tak/Podać |  |
| **7** | Przedłużenie gwarancji o czas niesprawności sprzętu | Tak/Podać |  |
| **8** | Serwis gwarancyjny świadczony będzie przez podmiot autoryzowany przez Producenta, świadczący usługi w miejscu instalacji sprzętu. Komunikacja z serwisem odbywać się będzie w języku polskim | Tak/Podać |  |