**Wózek reanimacyjny – 2 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wózek reanimacyjny** | **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. |  Szerokość (mm): do **600** | Tak/Podać |  |
| 2. | Blat wykonany z tworzywa ABS z podniesionymi z trzech stron o 50 mm (+/- 5 mm) brzegami i niskim frontowym brzegiem stanowiącymi zabezpieczenie przed zsuwaniem się sprzętu | Tak/Podać |  |
| 3. | Ilość pojemników uchylnych, bocznych:1 | Tak |  |
| 4. | Wysokość (mm): do **980** | Tak |  |
| 5. | Materiał wykonania: **stal lakierowana proszkowo** | Tak/Podać |  |
| 6. | Ilość półek: 2 | Tak/Podać |  |
| 7. | ilość szuflad: **3** | Tak/Podać |  |
| 8. | Szuflady wysuwane na teleskopowych prowadnicach kulkowych, o profilu kwadratowym | Tak |  |
| 9. | Organizery do szuflad w postaci profilowanych wkładek z tworzywa z miejscem na poszczególne ampułki | Tak |  |
| 10. | Szuflady z całkowitym wysuwem, samo domykające się, wyjmowane bez użycia narzędzi | Tak |  |
| 11. | Obciążenie pojedynczej szuflady min 20 kg | Tak/Podać |  |
| 12. | Układ jezdny wyposażony w cztery obrotowe koła Ø 150 mm, w tym 2 antystatyczne i 2 z hamulcami, nie brudzące podłoża | Tak/Podać |  |
| 13. | Płyta reanimacyjna | Tak/Podać |  |
| 14. | Uchwyt na kroplówki | Tak/Podać |  |
| 15. | Ramię obrotowe pod defibrylator | Tak |  |
| 16. | Pojemnik na przybory | Tak |  |
| 17. | Uchwyt na ssak | 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 |  |