**Wózki leżące do przewożenia chorych (chorych leżących) – 17 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wózki leżące do przewożenia chorych (chorych leżących)**  | **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. | Konstrukcja wózka wykonana z zamkniętych profili stalowych, pokrytych lakierem odpornym na uszkodzenia mechaniczne i chemiczne. | Tak |  |
| 2. | Długość wózka 2100 mm (+/- 100 mm) | Tak/Podać |  |
| 3. | Szerokość wózka 800 mm (+/- 80 mm) | Tak/Podać |  |
| 4. | Leże wózka minimum dwusegmentowe  | Tak/Podać |  |
| 5. | Regulowane pochylenie segmentu oparcia pleców w zakresie minimum 0-60° wspomagane sprężyną gazową | Tak/Podać |  |
| 6. | Pozycja trendelenburga i antytrendelenburga uzyskiwana za pomocą sprężyn gazowych (minimum 0-120). | Tak/Podać |  |
| 7. | Segmenty leża wypełnione płytą tworzywową przezierną dla promieni RTG | Tak |  |
| 8. | Nożna, hydrauliczna regulacja zmiany wysokości leża  | Tak |  |
| 9. | Wieszak na kroplówki z możliwością mocowania w ramie leża | Tak |  |
| 10. | Koła jezdne cichobieżne, minimum dwa z blokadą, z systemem antystatycznym | Tak |  |
| 11. | Poręcze boczne lakierowane lub chromowane, składane wzdłuż ramy leża spełniające wymagania normy PN EN 60601-2-52 lub równoważną | Tak/Podać |  |
| 12. | Dopuszczalne obciążenie wózka min. 200 kg | Tak/Podać |  |
| 13. | Krążki odbojowe w 4 narożnikach | Tak |  |
| 14. | Podstawa wózka wykonana z tworzywa sztucznego, z wyprofilowaniem na drobne rzeczy pacjenta oraz butlę z tlenem | Tak |  |
| 15. | Zdejmowany materac o grubości min 8 cm. | Tak |  |
| 16. | Podpora reanimacyjna stabilizującą leże podczas przeprowadzania reanimacji | Tak/Nie |  |
| **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 |  |