**Załącznik nr 2 OPZ Pakiet nr 4**

**Wykonawca:**

……………………………..

……………………………..

……………………………..

(nazwa firmy, adres)

Dokument musi być podpisywany zgodnie z zapisami Rozdział III SWZ.

**PAKIET NR 4**

|  |
| --- |
| **Schodołaz – 1 szt.** |

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa urządzenia/typ/model |  |
| Producent |  |
| Rok produkcji min.2021 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cena netto** | **Stawka VAT** | **Wartość VAT** | **Wartość brutto**  **(wartość netto + wartość VAT)** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | NAZWA PARAMETRU | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA** |
| 1 | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych kosztów po stronie Zamawiającego. Wyklucza się aparaty demo, powystawowe. | Tak |  |
| 2 | Masa całkowita urządzenia – do 35 kg | Tak |  |
| 3 | Wymiary rozłożonego urządzenia max. szerokość 60 x długość 100 x wysokość z opuszczoną rączką 120 | Tak |  |
| 4 | Wymiar złożonego urządzenia do transportu max. 60 x 35 x 120 | Tak |  |
| 5 | Dopuszczalne obciążenie min.160 kg | Tak |  |
| 6 | Prędkość min. 20 stopni na minutę | Tak |  |
| 7 | Ilość stopni do przejścia na rezerwie baterii przy obciążeniu 90 kg – min. 120 stopni | Tak |  |
| 8 | Średnia wytrzymałość akumulatora na jednym naładowaniu – 1200 stopni | Tak |  |
| 9 | Akumulator min. 9 Ah | Tak |  |
| 10 | Czas ładowania akumulatora max. 5 godz. | Tak |  |
| 11 | Materiał tapicerki – ognioodporny, zmywalny, odporny na środki dezynfekcyjne | Tak |  |
| 12 | Rozkładany podnóżek min. 20 cm | Tak |  |
| 13 | Regulowana rączka z panelem sterującym min. 40 cm | Tak |  |
| 14 | Pas czteropunktowy | Tak |  |
| 15 | Podłokietniki z obu stron | Tak |  |
| 16 | Stalowa rama | Tak |  |
| 17 | Możliwość złożenia urządzenia do transportu w karetce pogotowia | Tak |  |
| 18 | Przycisk dodatkowego oświetlenia toru jazdy | Tak |  |
| 19 | System transportu schodołaza wraz pacjentem w przypadku awarii urządzenia lub wyczerpania się akumulatora | Tak |  |
| 20 | Hamulec kół tylnych | Tak |  |
| 21 | Koła na łożyskach | Tak |  |
| 22 | Przednie koła obrotowe | Tak |  |
| 23 | Regulowana wysokość zagłówka | Tak |  |
| 24 | Wskaźnik naładowania akumulatora | Tak |  |
| 25 | Urządzenie dla maksymalnego nachylenia schodów 39o (81%) | Tak |  |
| 26 | Urządzenie dla min. szerokości schodów 72 cm |  |  |
|  | **Warunki gwarancyjne** |  |  |
| 27 | Bezpłatna dostawa wraz z rozładunkiem, montażem oraz uruchomieniem i przeszkoleniem personelu natychmiast po dostawie, potwierdzona protokołami z przeprowadzonych szkoleń , odbioru sprzętu i przekazania do eksploatacji | Tak |  |
| 28 | Szkolenie personelu w zakresie procesu sterylizacji elementów urządzenia o ile takie będą występować | Tak |  |
| 29 | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych, eksploatacyjnych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 6 lat od daty zawarcia umowy | Tak |  |
| 30 | Bezpłatne przeglądy okresowe w czasie trwania gwarancji.  Liczba przeglądów uwarunkowana wymogami producenta jednak nie rzadziej niż raz w roku | Tak |  |
| 31 | Autoryzacja producenta na sprzedaż zaoferowanego aparatu (dokumenty załączyć) | Tak |  |
| 32 | Przeprowadzenie na koszt wykonawcy testów akceptacyjnych. | Tak |  |
| 33 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 34 | Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE, bądź Deklaracje Zgodności CE lub inne dokumenty równoważne. | Tak |  |
| 35 | Dokumenty upoważniające urządzenie do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa w tym m. in: paszport (z wprowadzoną datą uruchomienia i datą następnego przeglądu dd-mm-rr), karta gwarancyjna, potwierdzenie, że dostarczane urządzenie medyczne jest dopuszczone do obrotu i stosowania w służbie zdrowia zgodnie z obowiązującymi przepisami, instrukcje obsługi, opisy techniczne, w przypadku urządzeń lub elementów urządzenia wymagających tego – zasady przeprowadzania procesów dekontaminacji (mycie, dezynfekcja i sterylizacja). | Tak |  |
| 36 | Czas reakcji na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji max. do 48 godzin (dotyczy dni roboczych). | Tak |  |
| 37 | Maksymalny czas usuwania awarii - 3 dni robocze. | Tak |  |
| 38 | Autoryzowany serwis w okresie gwarancji | Tak |  |
| 39 | Siedziba serwisu gwarancyjnego (podać nazwę i dane kontaktowe) | Podać |  |
| 40 | Broszura lub inny dokument równoważny zawierający wykaz parametrów technicznych producenta potwierdzający wszystkie wymagane parametry, opisane przez Zamawiającego | Tak |  |