Nr postępowania: 04/05/2018 **Załącznik nr 2 do Zaproszenia do składania ofert**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA – SPECYFIKACJA TECHNICZNA**

**Parametry wymagane, wyposażenie, warunki gwarancji, serwisu oraz szkoleń**

**Krzesełko kardiologiczne z systemem płozowym (2 szt.)**

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………..

Nazwa - typ urządzenia: ……………..……………………….

Producent: ………………………………………………………….

Kraj pochodzenia: ……………………………………………….

Rok produkcji: 2018

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Konstrukcja wykonana z mocnego aluminium | TAK |  |  |
| 2 | Siedzisko i oparcie wykonane z mocnego, miękkiego materiału, odpornego na bakterie, grzyby, zmywalnego i umożliwiającego dezynfekcję | TAK |  |  |
| 3 | Wyposażone w rozkładany system płozowy ułatwiający transport pacjenta po schodach | TAK |  |  |
| 4 | Regulowana wysokość uchwytu w 3 pozycjach. | TAK |  |  |
| 5 | Blokada zabezpieczająca przed samoczynnym złożeniem | TAK |  |  |
| 6 | Zestaw pasów zabezpieczających pacjenta min. 3 szt., w tym pasy zabezpieczające stopy | TAK |  |  |
| 7 | Średnica tylnych kółek minimum 17 cm, umożliwiająca wygodne przemieszczanie krzesełka z pacjentem po nierównym podłożu | TAK |  |  |
| 8 | Demontowalne siedzisko | TAK |  |  |
| 9 | Wyposażone w min. 4 kółka transportowe, z czego minimum 2 przednie obrotowe wyposażone w hamulce | TAK |  |  |
| 10 | Wysokość górnej ramy oparcia w rozłożonym krzesełku mierzona od podłogi: regulacja - min. 95 cm max. 113 cm (w dolnym zakresie), min. 154 cm max. 161 cm (w górnym zakresie) | TAK |  |  |
| 11 | Wymiary po całkowitym złożeniu (wysokość, głębokość, szerokość) max: 113 cm x 21,5 cm x 52 cm | TAK |  |  |
| 12 | Waga maksymalna 13 kg | TAK |  |  |
| 13 | Dopuszczalne obciążenie minimum 180 kg | TAK |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 14 | Deklaracja zgodności z Normą EN 1865-4 (lub innymi wersjami językowymi norm) – załączyć do oferty | TAK |  |  |
| 15 | Okres gwarancji minimum 24 miesiące od daty podpisania protokołu pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu. | TAK |  |  |
| 16 | Oferowane wyroby medyczne muszą spełniać wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 211). | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji na krzesło kardiologiczne z systemem płozowym | Minimum 24 miesiące |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=96 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 7 dni lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 7 dni | TAK |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | TAK |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 3 lata |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..