***Modyfikacja z dnia 21.06.2018 r.***

**Wózek do przewożenia pacjentów leżących - 4 szt.**

##### ZESTAWIENIE PARAMETRÓW

***Uwaga! Szczegółowy opis wypełnienia niniejszego załącznika znajduje się w Rozdz. X, pkt. 2 SIWZ.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Wykonawca/Producent | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji nie starszy niż 2018 r. | Podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **PARAMETRY** | PARAMETRY GRANICZNE/ ilość punktów w kryterium oceny parametrów technicznych | Oferowane parametry(wypełnia Wykonawca) |
|
|  | Długość całkowita | TAK2100 ± 50mm |   |
|  | Długość składanych wzdłuż leża poręczy bocznych zabezpieczających pacjenta w pozycji leżącej i siedzącej | TAKmin. 1170 mm |   |
|  | Szerokość całkowita | TAK820 ± 70mm, |   |
|  | Wysokość minimalna leża mierzona od podłoża do górnej płaszczyzny leża z materacem | TAK710± 70 mm |   |
|  | Wysokość maksymalna leża mierzona od podłoża do górnej płaszczyzny leża z materacem | TAK990± 70 mm |   |
|  | Konstrukcja wózka wykonana ze stali węglowej lakierowanej proszkowo oparta na kolumnach. Leże podzielone na min. 2 segmenty wypełnione płytami. Podwozie zabudowane pokrywą tworzywa sztucznego. | TAK |   |
|  | Manualna regulacja segmentu oparcia pleców wspomagana sprężyną gazową | TAK |   |
|  | Zakres regulacji kąta nachylenia segmentu oparcia pleców w stosunku do poziomu ramy leża | Tak/Nie***Parametr punktowany:***min. 0°-90°Tak - 20pkt,Nie - 0 pkt |  |
|  | Hydrauliczna regulacja pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga dostępna obustronnych dźwigni nożnych z wyraźnym oznaczeniem realizowanej funkcji. | TAK |   |
|  | Zakres regulacji pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga | Tak/Nie***Parametr punktowany:***min. -18°-+18°Tak - 20pkt,Nie - 0 pkt |  |
|  | ~~Obustronny nożny pedał do hydraulicznej regulacji wysokości bez użycia rąk z wyraźnym oznaczeniem realizowanej funkcji.~~ | ~~TAK~~ |  |
|  | Centralna podwójna jednoczesna blokada wszystkich kół co do obrotu i toczenia przy użyciu dźwigni nożnej | TAK |   |
|  | Dźwignie blokady z wyraźnym zaznaczeniem kolorem pozycji zablokowanych hamulców oraz funkcji jazdy na wprost. | TAK |   |
|  | Nośność maksymalna | Tak/Nie***Parametr punktowany:***min. 317 kg,Tak – 20 pkt,Nie - 0 pkt |  |
|  | Obustronny nożny pedał do hydraulicznej regulacji wysokości bez użycia rąk z wyraźnym oznaczeniem realizowanej funkcji. | Tak/Nie***Parametr punktowany:***Tak – 20 pkt,Nie - 0 pkt |  |
|  | Średnica kół jezdnych z bieżnią przeciwpoślizgową bez widocznej metalowej osi obrotu | TAK |   |
|  | MATERAC | TAK |   |
|  | Długość | TAK1900 ±50mm |   |
|  | Szerokość | TAK760 ± 50mm |   |
|  | Grubość | TAK130 ± 50mm |   |
|  | Materac piankowy wodoszczelny ze zgrzewanymi krawędziami, niepalny, antystatyczny, odporny na promieniowanie UV | Tak/Nie***Parametr punktowany:***Tak - 10pkt,Nie - 0 pkt |  |
| **WYPOSAŻENIE** |
|  | Ergonomiczne uchwyty prowadzące od strony **głowy i nóg** pacjenta | TAK |   |
|  | Teleskopowy statyw infuzyjny | TAK |   |
| 1.
 | Dolny szczyt wraz z półką nakardiomonitor. | TAK |   |
| PARAMETRY DODANE |
|  | Natychmiastowy, nieograniczony dostęp do pacjenta 360 st, w trakcie trudnej sytuacji zagrożenia życia pacjenta za pomocą złożenia barierek bocznych oraz schowania uchwytów do prowadzenia wózka od strony nóg i głowy. | TAK |   |
|  | Bezpieczne 3stopniowe zabezpieczenie barierek bocznych. | TAK |  |
|  | Leże wózka wyposażone w podziałkę/skale umożliwiającą precyzyjne pozycjonowanie centralnego pkt kasety rtg pod pacjentem | TAK |  |

***WARUNKI GWARANCJI I SERWISU***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Warunki gwarancji i serwisu** | **Warunek graniczny** | **Oferowane warunki (podaje Wykonawca)** |
| 1 | Pełna obsługa serwisowa napraw oraz przeglądy okresowe - konserwacje (wraz z elementami wymienianymi – nie określanymi w instrukcji obsługi jako elementy zużywalne) w okresie gwarancji dokonywane przez autoryzowany serwis producenta, wliczone w cenę zamówienia bez żadnych limitów np. ilość godzin pracy, itp. | TAK |  |
| 2 | Czas usunięcia usterki/awarii od momentu przyjęcia zgłoszenia | max. 4 dni kalendarzowe |  |
| 3 | W przypadku, gdy czas naprawy przekroczy 4 dni kalendarzowe - Wykonawca jest zobowiązany na własny koszt do dostarczenia urządzenia zastępczego - takiego samego typu - na czas trwania naprawy. Zamawiający nie ponosi z tego tytułu ewentualnych dodatkowych kosztów | TAK |  |
| 4 | W przypadku awarii - naprawa w siedzibie Zamawiającego, w przypadku braku możliwości naprawy w siedzibie Zamawiającego wszelkie koszty transportu ponosi Wykonawca | TAK |  |
| 5 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas przestoju  | TAK |  |
| 6 | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę tego samego elementu lub podzespołu na nowy: dopuszczamy 2-krotną naprawę, w przypadku 3-ciego uszkodzenia - wymiana elementu lub podzespołu na nowy | TAK |  |
| 7 | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych i wyposażenia | min. 10 lat od daty dostawy  |  |
| 8 | Serwis pogwarancyjny na terenie Polski – wskazać przeznaczony dla Zamawiającego (najbliższy) punkt napraw pogwarancyjnych (adres, telefon, e-mail) | Podać |  |