

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (część 3 zamówienia)

Łóżka do Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Nazwa producenta:

Nazwa i typ:

Rok produkcji: nie wcześniej niż 2019 r.

Ilość: 8 szt.

Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.

Wykonawca gwarantuje niniejszym, że sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji: nie wcześniej niż 2019), nieużywany, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów. Żaden aparat ani jego część składowa, wyposażenie, etc. nie jest sprzętem rekondycjonowanym, powystawowym i nie był wykorzystywany wcześniej przez innego użytkownika

Lp.	OPIS PARAMETRU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZANYCH POLACH PODAĆ
1.	Szczyty odejmowane, tworzywowe lekkie stanowiące jedną zwartą bryłę z kolorową wstawką z tworzywa, bez dodatkowych widocznych rur lub innych elementów mocujących dokręcanych do szczytu. Szczyty łóżka z możliwością zablokowania przed przypadkowym wypadnięciem np. podczas transportu, odblokowywane za pomocą jednego przycisku zlokalizowanego centralnie w dolnej części szczytu. Szczyty łóżka z wyprofilowanymi uchwyty do prowadzenia łóżka umieszczone od góry oraz z boku szczytu. Nie dopuszcza się szczytów przykręcanych/montowanych do metalowej rury w kształcie litery C.	Tak	
2.	Szczyt łóżka od strony głowy nie poruszający się wraz z leżem, będący zamocowany na stałe – rozwiązanie zabezpieczające przed niszczeniem ścian, paneli nadłóżkowych przy regulacji funkcji Trendelenburga, regulacji wysokości leża	Tak	
3.	Barierki dzielone, tworzywowe poruszające się z segmentami leża będące zabezpieczeniem na całej długości łóżka to znaczy od szczytu głowy aż do szczytu nóg pacjenta leżącego oraz w pozycji siedzącej.	Tak	
4.	Barierki boczne łatwe do obsługi przez personel medyczny zwalniane za pomocą jednej ręki wyposażone w system spowalniający opadanie wspomagany sprężyną gazową	Tak	
5.	Barierki boczne z wyprofilowanymi uchwytyami mogącymi służyć jako podparcie dla pacjenta podczas wstawiania	Tak	
6.	Barierki boczne ze zintegrowanymi uchwytyami na worki urologiczne zapewniające dostęp niezależnie od położenia barierki bocznych	Tak	

Lp.	OPIS PARAMETRU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
7.	Barierki boczne wyposażone w wbudowany, zintegrowany wskaźnik kątowy z wykorzystaniem cieczy z wyraźnym zaznaczeniem kąta 30°, 60° dla segmentu pleców oraz wskaźnik pochylenia leża z zaznaczeniem kąta 16° i 20°	Tak	
8.	Barierki boczne wyposażone w wbudowany podświetlany wskaźnik kątowy z wykorzystaniem cieczy, z wyraźnie zaznaczoną pozycją min 30° dla segmentu pleców informujący poprzez zmianę koloru podświetlenia o: - trybie czuwania - trybie gotowości do użycia - najniższej pozycji leża	Tak	
9.	Leże łóżka 4 – sekcyjne o nowoczesnej konstrukcji opartej na dwóch szczelnych kolumnach cylindrycznych	Tak	
10.	Leże wypełnione min. pięcioma odczepianymi poprzecznymi tworzywowymi lamelami ABS, z systemem zatrząskiwania. Lamle wyposażone w otwory wentylacyjne oraz system odprowadzania płynów pod łóżko. Lamle z tworzywa przezierne dla promieni RTG.	Tak	
11.	Koła z systemem sterowania jazdy na wprost i z centralnym systemem hamulcowym. System obsługiwany dźwigniami od strony nóg pacjenta, zlokalizowanymi bezpośrednio przy kołach.	Tak	
12.	Pojedyncze koła jezdne o średnicy min. 150 mm gwarantujące doskonałą mobilność łóżka	Tak, podać	
13.	Alarm dźwiękowy niezabezpieczonego hamulca. Alarm uruchamia się po podłączeniu łóżka do sieci elektrycznej.	Tak	
14.	Łóżko wyposażone w dodatkowe 5te koło umieszczone pod leżem ułatwiające manewrowanie i przemieszczanie	Tak	
15.	Sterowanie elektryczne łóżka przy pomocy: – Zintegrowanych przycisków w górnych barierkach bocznych łóżka od strony wewnętrznej dla pacjenta oraz zewnętrznej dla personelu (z obu stron), wyposażone w przycisk aktywujący sterowanie, regulacje: wysokość, kąt nachylenia pleców i uda oraz autokontur, – Centralny panel sterowania wszystkimi funkcjami elektrycznymi montowany na szczycie od strony nóg. – Sterownika nożnego do sterowania wysokości leża oraz pozycji	Tak	

Lp.	OPIS PARAMETRU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
	egzaminacyjnej, zabezpieczonego przed przypadkowym uruchomieniem, – Barrierki boczne wyposażone w dodatkowy panel służący do regulacji pozycji mobilizacyjnej, W celach bezpieczeństwa nie dopuszcza się przycisków umieszczonych w barierce bocznej służących do sterowania regulacji: – anty i Trendelenburga – CPR (reanimacyjnej) – Antyszokowej – Krzesła kardiologicznego		
16.	Panel wyposażony w min. 3 pola odróżniające się kolorystycznie oraz kilkucentymetrowe piktogramy po kilka w każdym polu – rozwiązanie ułatwiające szybkie odnalezienie wybranej regulacji bez ryzyka przypadkowego wyboru funkcji.	Tak/ Nie	
17.	Sterowanie nożne regulacji wysokości oraz pozycji egzaminacyjnej czyli wyzerowania się leża i górnej pozycji wysokości umożliwiających obsługę łóżka w sytuacjach gdy personel nie chce używać rąk (np. Ma ubrane rękawice i po naciśnięciu przycisku ręką powinien je wymienić) . Nie dopuszcza się pozycji egzaminacyjnej sterowanej wyłącznie z panelu sterowniczego – takie rozwiązanie nie powoduje ograniczenia ryzyka infekcji ze względu na oferowaną funkcję /konieczność wymiany rękawic /	Tak	
18.	Panele sterujące nożne zabezpieczone przed wnikaniem wody i pyłów. Przyciski z gumową osłoną. Nie dopuszcza się sterowników nożnych z odsłoniętymi tworzywowymi przyciskami.	Tak	
19.	Zasilanie 230 V, 50 Hz z sygnalizacją włączenia do sieci w celu uniknięcia nieświadomego wyrwania kabla z gniazdka i uszkodzenia łóżka lub gniazdka. Kabel zasilający w przewodzie skręcanym rozciągliwym. Nie dopuszcza się przewodów prostych	Tak	
20.	Wbudowany akumulator do zasilania podczas transportu ze wskaźnikiem stanu naładowania oraz wskaźnikiem informującym o konieczności wymiany baterii	Tak	
21.	Długość zewnętrzna łóżka – 2180mm (+/- 50mm) z możliwością przedłużania leża o min. 29 cm	Tak, podać	
22.	Szerokość zewnętrzna łóżka – 945 mm (+/- 50mm)	Tak, podać	



Lp.	OPIS PARAMETRU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
23.	Regulacja elektryczna wysokości leża, w zakresie 345 mm do 730 mm (+/- 50 mm) gwarantująca bezpieczne opuszczanie łóżka i zapobiegająca „zeskakiwaniu” pacjenta z łóżka	Tak, podać	
24.	Panel sterowniczy wyposażony w funkcję automatycznego zatrzymania oparcia pleców pod kątem 30 st. przy regulacji w dowolnym kierunku	Tak	
25.	Regulacja elektryczna części plecowej w zakresie 75° +/- 5°	Tak, podać	
26.	Regulacja elektryczna części nożnej w zakresie 30° +/- 5°	Tak, Podać	
27.	Regulacja elektryczna funkcji autokontur, sterowanie przy pomocy przycisków w barierkach bocznych i z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg	Tak	
28.	Funkcja autoregresji o parametrze minimum 11 cm niwelująca ryzyko powstawania odleżyn dzięki minimalizacji nacisku w odcinku krzyżowo-lędźwiowym a tym samym pełniąc funkcję profilaktyczną przeciwko odleżynom stopnia 1-4	Tak	
29.	Regulacja elektryczna pozycji Trendelenburga 20° (+/- 4°) – sterowanie z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg	Tak, podać	
30.	Regulacja elektryczna pozycji anty-Trendelenburga 20° (+/- 4°) – sterowanie z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg.	Tak, podać	
31.	Regulacja elektryczna do pozycji krzesła kardiologicznego – sterowanie przy pomocy jednego oznaczonego odpowiednim piktogramem przycisku na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg	Tak	
32.	Elektryczna funkcja CPR z każdej pozycji do reanimacji – sterowanie przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg	Tak	
33.	Elektryczna funkcja antyszokowa z każdej pozycji – sterowanie przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg. Przycisk oznaczony innym kolorem niż pozycja Trendelenburga	Tak	
34.	Elektryczna regulacja pozycji egzaminacyjnej – sterowanie przy pomocy jednego przycisku	Tak	

Lp.	OPIS PARAMETRU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
	oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg		
35.	Wyłączniki/blokady funkcji elektrycznych (na centralnym panelu sterowania) dla poszczególnych regulacji (selektywny wybór): - regulacji wysokości - regulacji części plecowej - regulacji części nożnej Kontrolki informujące o aktywnych, zablokowanych funkcjach łóżka	Tak	
36.	Zabezpieczenie przed nieświadomym uruchomieniem funkcji poprzez konieczność wciśnięcia przycisku uruchamiającego dostępność funkcji – przycisk wyraźnie oznaczony na panelu centralnym oraz w barierkach	Tak	
37.	Odłączenie wszelkich (za wyjątkiem funkcji ratujących życie) regulacji po min 180 sekundach nieużywania regulacji (konieczność świadomego ponownego uruchomienia regulacji)	Tak	
38.	Charakterystyczny jeden przycisk bezpieczeństwa (nie będący blokadą poszczególnych funkcji) powodujący natychmiastowe odłączenie wszystkich (za wyjątkiem funkcji ratujących życie) funkcji elektrycznych w przypadku wystąpienia zagrożenia dla pacjenta lub personelu również odcinający funkcje w przypadku braku podłączenia do sieci – pracy na akumulatorze.	Tak	
39.	Łóżko posiadające wysuwaną spod leża półkę np. do odkładania pościeli lub schowania centralnego panelu sterowniczego	Tak	
40.	Tworzywowa osłona podstawy łóżka	Tak	
41.	Krażki odbojowe w każdym narożniku	Tak	
42.	4 gniazda/tuleje do montażu dodatkowego wyposażenia, np. wisielnika ręki, ramy ortopedycznej.	Tak	
43.	Bezpieczne obciążenie robocze dla każdej pozycji leża i segmentów na poziomie minimum 250kg. Pozwalające na wszystkie możliwe regulacje przy tym obciążeniu bez narażenia bezpieczeństwa pacjenta i powstanie incydentu medycznego	Tak, podać	
44.	System elektrycznej ochrony przed uszkodzeniem łóżka w wyniku przeciążenia, polegający na wyłączeniu regulacji łóżka w przypadku przekroczonego obciążenia.	Tak/ Nie podać	



Lp.	OPIS PARAMETRU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
45.	System elektryczny łóżka wyposażony w pamięć ostatnich min 1000 funkcji, przeciążeń oraz błędów	Tak/ Nie podać	
46.	Możliwość rozbudowy łóżka o zintegrowany system zdalnie przekazujący informację o sytuacjach niebezpiecznych takich jak opuszczone barierki, odblokowane koła, wysokie położenie leża	Tak	
47.	Możliwość wyboru kolorystyki łóżka z zaproponowanego wzornika przez Wykonawcę – min. 5 kolorów	Tak	
48.	Wypożazenie: - barierki boczne dzielone zabezpieczające na całej długości opisane powyżej - wysięgnik ręki -2 sztuki do każdego łóżka - tworzywowe haczyki na worki urologiczne – 2szt po każdej stronie łóżka - wieszak kroplówki w technologii CU+ - szafka przyłózkowa - materace	Tak	
49.	Szafka przyłózkowa:		
49.1.	Korpus szafki wykonany z tworzywa HLP oraz stopu aluminium lub o konstrukcji stalowej, ocynkowanej, pokrytej lakierem proszkowym, utwardzanym termicznie	TAK	
49.2.	Wysuwany lub rozkładany blat boczny do karmienia pacjenta z uchwytem	TAK	
49.3.	samo domykająca się szuflada oraz drzwiczki szafki zamykające się na magnes lub szafka wyposażona w obustronnie wysuwane szuflady (dolna i górna, przedzielona półka na prasę) z frontami odlanymi z tworzywa ABS, Tworzywowe wkłady szuflad z możliwością wyjęcia, szuflady wyposażone w funkcję wyraźnego oporu w pozycji centralnej	TAK	
49.4.	szafka wyposażona w obustronnie wysuwane szuflady (dolna i górna, przedzielona półka na prasę) z frontami odlanymi z tworzywa ABS	Tak/Nie	
49.5.	wykończenie i uchwyt ze stopu aluminium lub ze stali lakierowanej proszkowo	Tak	
49.6.	Min. 4 cichobieżne koła w tym dwa z blokadą centralną uruchamianą pokrętłem wbudowanym obustronnie w korpus szafki	Tak	
49.7.	Pokrętło blokady kół wbudowane w korpus szafki, na wysokości ręki leżącego pacjenta, przy blacie głównym	Tak/ Nie	
49.8.	Szafka dwustronna, z możliwością postawienia po obu stronach łóżka z zachowaniem pełnej funkcjonalności dzięki dwustronnie wysuwanym szufladom lub	Tak	



Lp.	OPIS PARAMETRU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
	korpus szafki posiada możliwość obracania na podstawie z blatem bocznym, którego konstrukcja nośna oparta jest na podstawie szafki		
49.9.	Wymiary zewnętrzne szafki: - Wysokość : 98 cm, +/-5 cm - Głębokość : 50 cm, +/-5 cm - Szerokość: 50 cm, +/-5cm - Regulacja wysokości blatu bocznego: 68 – 110 , +/-10 cm - Wymiary blatu bocznego: 35-60, +/- 5cm	TAK, podać	
49.10.	Czoła szuflad wyposażone w uchwyty ułatwiające otwieranie i zamykanie szafki	Tak	
49.11.	Układ jezdnny wysoce mobilny: 4 koła jezdne o średnicy min. 75mm z elastycznym, niebrudzącym podłóg bieżnikiem	Tak, podać	
49.12.	Blat górny i boczny szafki wykonany z płyty HPL, laminowanej charakteryzującej się wysoką odpornością na wilgoć i wysoką temperaturę. Możliwość wyboru kolorystyki blatów. Blat górny zabezpieczony galeryjką chroniącą przed spadaniem przedmiotów z blatu oraz wyposażony w dwa relingi do przetaczania szafki.	Tak	
49.13.	Blat boczny posiadający na długich krawędziach tworzywowe galeryjki, zabezpieczające przedmioty przed zsunięciem się. Konstrukcja szafki zapewniająca stabilność blatu bocznego na każdej wysokości, bez konieczności stosowania 5ego koła stabilizującego.	Tak	
49.14.	Możliwość rozbudowy górnej szuflady o zamek z kluczykiem w celu zabezpieczenia rzeczy pacjenta	Tak	
50.	Materac w pokrowcu aktywny		
50.1.	Modułowa konstrukcja komór materaca zapobiegająca ich rozsuwaniu się i stykaniu ciała pacjenta z podłożem. Nie dopuszcza się rozwiązania z indywidualnymi komorami narażającymi pacjenta na zbędne ryzyko zmniejszonej terapii antyodleżynowej na skutek zapadnięcia się jednej lub kilku komór (szczególnie ważne przy przebywaniu pacjenta w pozycji siedzącej). Nie dopuszcza się rozwiązania z indywidualnymi komorami wydłużającymi znacznie mycie i dezynfekcję (konieczność demontażu każdej komory indywidualnie).	Tak	
50.2.	Materac składający się z minimum 20 poprzecznych komór oraz dwóch komór wzdłużnych dla stabilizacji materaca i	Tak, podać	

Lp.	OPIS PARAMETRU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
	lepszego zabezpieczenia pacjenta przed wypadnięciem z łóżka.		
50.3.	Dodatkowe zastosowanie dwóch komór wzdłużnych dla stabilizacji materaca i lepszego zabezpieczenia pacjenta przed wypadnięciem z łóżka.	Tak/ Nie	
50.4.	Bezpieczne obciążenie robocze min 210 kg	Tak, podać	
50.5.	<p>Materac wyposażony w centralną pompę zasilającą o cichej pracy 21 db zawieszoną na ramie łóżka z możliwością ustawienia na podłodze, zaopatrzoną w:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wskaźniki sygnalizujące pracę materaca, tryb: statyczny, symulacyjny, zmiennociśnieniowy, - tryb symulacyjny polegający na włączeniu stałego niskiego ciśnienia w komorach materaca, symulacja materaca pasywnego w celu sprawdzenia stanu pacjenta, np. czy można już zmienić materac na zwykły - tryb statyczny polegający na maksymalnym napełnieniu komór oraz wyłączeniu trybu zmiennociśnieniowego na czas pielęgnacji pacjenta, - tryb zmiennociśnieniowy 2:1 lub 3:1 polegający na stałym cyklu 10 lub 7,5 minutowym, w którym co druga lub trzecia komora pozostaje bez powietrza na czas 2,5 minuty(terapia przeciwoodleżynowa dająca zerowy ucisk na poszczególne partie ciała pacjenta, pomagająca też w leczeniu już istniejących odleżyn u pacjentów) - automatyczne dostosowanie ciśnienia w odcinku lędźwiowo krzyżowym pacjenta w celu zapobiegania odleżynom w miejscu największego ucisku - osobny dedykowany wskaźnik podłączenia poduszki antyodleżynowej - osobny dedykowany wskaźnik konieczności wezwania serwisu - przycisk aktywowania i deaktywowania akustycznych alarmów materaca - przycisk bezpieczeństwa aktywujący regulację funkcji pompy – świadomego wyboru wybieranych funkcji - osobny dedykowany wskaźnik CPR 	Tak/ Nie	
50.6.	Wyłączenie wszystkich przycisków po max 180 sek. nieużywania	Tak/ Nie	
50.7.	Mechaniczna Funkcja CPR - Możliwość	Tak	



Lp.	OPIS PARAMETRU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
	natychmiastowego, szybkiego spuszczenia powietrza (np. w celu przeprowadzenia resuscytacji) Funkcja transportowa (możliwość transportu pacjenta na materacu bez konieczności używania pompy).		
50.8.	Akustyczny i wizualny alarm spadku ciśnienia	Tak	
50.9.	Funkcja zmiany ciśnienia w komorach w zależności od wagi pacjenta lub dostosowania indywidualnego dla jak największego komfortu pacjentów z zachowaniem pełnego bezpieczeństwa przeciwoleżynowego.	Tak	
50.10.	Tryb statyczny wyposażony w system bezpieczeństwa – przełączania się automatycznie po 30 minutach(+/-5min) w tryb zmiennociśnieniowy – rozwiązania chroniące przed nieumyślnym pozostawieniem pacjenta na materacu w trybie statycznym	Tak	
50.11.	Możliwość pozostawienia w trybie transportowym (napęcznionych komór) do 24 godzin bez zasilania zewnętrznego (na akumulatorze)	Tak	
50.12.	Wysokość materaca 17cm (+/-2cm)	Tak, podać	
50.13.	Wymiary materaca: 200cm x 86cm(+/-2 cm)	Tak, podać	
50.14.	Materac kładziony bezpośrednio na ramę łóżka nie wymagający dodatkowego podkładu w formie standardowego materaca piankowego	Tak	
50.15.	Materac w pokrowcu paroprzepuszczalnym, nie przepuszczającym cieczy.	Tak	
50.16.	Przewody powietrzne, łączące materac z pompą zabezpieczone pokrowcem	Tak	
50.17.	Materac połączony z pompą szybko złączką	Tak	
50.18.	Pompa wyposażona w mechaniczny filtr powietrza	Tak	
50.19.	Materac i pokrowiec łatwy do mycia i dezynfekcji. Zamek materaca od góry osłonięty przed zalaniem lub wnikaniem zanieczyszczeń specjalną nakładką pokrowca. Nie dopuszcza się rozwiązań bez takiego zabezpieczenia, gdzie mogło by dochodzić do kumulacji drobnoustrojów chorobotwórczych w tych miejscach i stwarzać zagrożenie epidemiologiczne.	Tak	
50.20.	Zamek odpinany dookoła materaca (360°). Możliwość odpięcia tylko górnej części pokrowca	Tak	
50.21.	Maksymalna waga materaca wraz z pompą	Tak	

Lp.	OPIS PARAMETRU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
	do 12 kg. Masa zapewniająca łatwą obsługę personelowi medycznemu. Nie dopuszcza się rozwiązań narażających personel na dodatkowy wysiłek fizyczny i obciążenia.		
50.22	2 dodatkowe pokrowce do całego zestawu zamówienia	Tak	

Lp.	Gwarancja	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
1.	Okres pełnej, bez wyłączeń gwarancji dla wszystkich zaoferowanych elementów wraz z urządzeniami peryferyjnymi (jeśli dotyczy)[liczba miesięcy] UWAGA – należy podać pełną liczbę miesięcy. Zamawiający zastrzega, że okres rękojmi musi być równy okresowi gwarancji. max. okres gwarancji 5 lat.	Tak, podać	
2.	Gwarancja dostępności części zamiennych [liczba lat] – min. 10 lat.	Tak, podać	
3.	Przedłużenie okresu gwarancji o każdy dzień, w czasie którego Zamawiający nie mógł korzystać w pełni sprawnego sprzętu.	Tak	
Lp.	Warunki serwisu	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
4.	W cenie oferty Wykonawca zobowiązuje się do zapewnienia przeglądów przez okres gwarancji w ramach zaoferowanej ceny, liczonych od daty bezusterkowego protokolarnego przekazania sprzętu, przy czym ostatni przegląd powinien odbyć się na miesiąc przed zakończeniem ww. okresu, przeglądy powinny się odbywać zgodnie z zaleceniami producenta, jednak nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy	Tak	
5.	Wszystkie czynności serwisowe, w tym podłączenie i uruchomienie sprzętu w miejscu wskazanym przez Zamawiającego oraz przeglądy konserwacyjne, w okresie gwarancji - w ramach wynagrodzenia umownego	Tak	



Lp.	Gwarancja	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
6.	Możliwość zgłoszeń 24h/dobę, 365 dni/rok	Tak	
7.	Wymiana każdego podzespołu na nowy po dwóch nieskutecznych próbach naprawy, jeżeli podzespół uległ uszkodzeniu po raz trzeci	Tak	
8.	Zakończenie działań serwisowych – do 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia awarii, a w przypadku konieczności importu części zamiennych, nie dłuższym niż 10 dni roboczych od dnia zgłoszenia awarii.	Tak	
9.	Struktura serwisowa gwarantująca realizację wymogów stawianych w niniejszej specyfikacji lub udokumentowana/uprawdopodobniona dokumentami możliwość gwarancji realizacji wymogów stawianych w niniejszej specyfikacji – należy podać wykaz serwisów i/lub serwisantów posiadających uprawnienia do obsługi serwisowej oferowanych urządzeń (należy podać dane teleadresowe, sposób kontaktu i liczbę osób serwisu własnego lub podwykonawcy posiadającego uprawnienia do tego typu działalności)	Tak, podać	
10.	Sprzęt/y będzie/będą pozbawione hasel, kodów, blokad serwisowych, itp., które po upływie gwarancji utrudniałyby Zamawiającemu dostęp do opcji serwisowych lub naprawę sprzętu/ów przez inny niż Wykonawca umowy podmiot, w przypadku nie korzystania przez zamawiającego z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy	Tak, podać	
Szkolenia			
11.	Szkolenie dla personelu medycznego – min. 10 osób i technicznego – min 2 osoby. Dodatkowe szkolenie dla personelu medycznego w przypadku wyrażenia takiej potrzeby przez personel medyczny – 5 osoby i technicznego – 1 osoba	Tak, podać	
12.	Instrukcje obsługi w języku polskim w formie elektronicznej i drukowanej (przekazane w momencie dostawy dla każdego egzemplarza.	Tak	
13.	Wykonawca w ramach dostawy sprzętu zobowiązuje się dostarczyć komplet akcesoriów, okablowania, itp. asortymentu niezbędnego do uruchomienia i funkcjonowania urządzenia,	Tak	

Lp.	Gwarancja	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
14.	Dokumentacja (lub tzw. lista kontrolna zawierająca wykaz części i czynności) dotycząca przeglądów technicznych w języku polskim (dostarczona przy dostawie). UWAGA – dokumentacja musi zapewnić co najmniej pełną diagnostykę urządzenia, wykonywanie drobnych napraw, regulacji, kalibracji, oraz przeglądów okresowych w standardzie wymaganym przez producenta.	Tak	
15.	Z urządzeniem wykonawca dostarczy paszporty techniczne zawierające co najmniej takie dane jak: nazwa, typ (model), producent, rok produkcji, numer seryjny (fabryczny), inne istotne informacje (itp. części składowe, istotne wyposażenie, oprogramowanie), kody z aktualnie obowiązującego słownika NFZ (o ile występują).	Tak	
16.	Instrukcja konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji dostarczona przy dostawie i wskazująca, że czynności te prawidłowo wykonane nie powodują utraty gwarancji.	Tak	
17.	Możliwość mycia i dezynfekcji aparatów w oparciu o przedstawione przez wykonawcę zalecane preparaty myjące i dezynfekujące. UWAGA – zalecane środki powinny zawierać nazwy związków chemicznych, a nie tylko nazwy handlowe preparatów.	Tak	
18.	Z uwagi na fakt, iż przedmiot umowy finansowany jest ze środków Unii Europejskiej, faktura po dostawie musi zawierać wymieniony sprzęt zgodny, co do nazwy, ze sprzętem wymienionym w opisie przedmiotu zamówienia	Tak	

UWAGI:

Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty. Parametry muszą być potwierdzone folderami lub kartami katalogowymi oferowanego wyrobu – zgodnie z wymaganiami wskazanymi w SIWZ.

Brak odpowiedniego wpisu przez Wykonawcę w kolumnie *Parametr oferowany* będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

