**Wózek reanimacyjny**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pełna nazwa, typ lub model** |  |
| **Producent, podać pełną nazwę i adres** |  |
| **Kraj pochodzenia** |  |
| **Rok produkcji 2018** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Warunek** | **Parametr oferowany**  **Podać / opisać** |
| 1. **Parametry** | | | |
| 1. | Wózek systemowy do specjalistycznego zastosowania w zależności od konfiguracji elementów składowych oraz wyposażenia dodatkowego (w tym na sprzęt reanimacyjny). | TAK |  |
| 2. | Konstrukcja korpusu, jednolita z tworzywa sztucznego. | TAK |  |
| 3. | Wyposażony: w min dwie szuflady o wymiarach wewnętrznych 520(+/-50 mm) x430(+/- 80 mm)x75 mm (+/-10 mm) i w min. dwie szuflady o wymiarach wewnętrznych 520 (+/-50 mm) x430(+/-80mm) x150mm(+/-10mm), oraz w jedną szufladę o wymiarach wewnętrznych 520(+/-50mm) x430(+/- 80mm) x220mm (+/-20 mm), Szuflady z pełnym wysuwem w celu łatwego dostępu do zawartości. | TAK |  |
| 4. | W szczycie wózka min. trzy uchylne pojemniki z przezroczystego tworzywa sztucznego. | TAK |  |
| 5. | Centralny zamek zamykający wszystkie szuflady. | TAK |  |
| 6. | Wysokość korpusu wózka łącznie z kołami 1000 mm (+/-50 mm), szerokość łącznie z uchwytem do popychania 930mm (+/- 30 mm), głębokość 580mm (+/- 30 mm). | TAK |  |
| 7. | Wysoka mobilność pozwalająca na łatwe obracanie i przemieszczanie wózka, koła o średnicy min. 100 mm z czego co najmniej dwa wyposażone w hamulec. | TAK |  |
| 8. | Płyta pod defibrylator na wysięgniku. | TAK |  |
| 9. | Wyposażenie: wieszak kroplówki, płyta podplecowa do reanimacji z wytrzymałego tworzywa sztucznego o wymiarach 600 x 600 mm (+/-50mm) mocowana z tyłu lub z przodu wózka, uchwyt na butlę z tlenem, półka na ssak mocowana w szczycie wózka, szyny na akcesoria, kosz na odpady. | TAK |  |
| 1. **Gwarancja** | | | |
| 1. | Czas trwania gwarancji minimum 24 miesiące. | TAK / PODAĆ |  |
| 2. | Wykonawca będzie bez odrębnej płatności sprawował autoryzowany serwis gwarancyjny w okresie trwania gwarancji – min. 1 przegląd w okresie 12 m-cy. | TAK |  |
| 3. | Wykonawca zabezpieczy autoryzowany serwis pogwarancyjny na terenie Polski przez okres min. 8 lat: nazwa serwisu, adres, nr telefonu. | TAK / PODAĆ |  |
| 4. | Wózek zastępczy w tej samej klasie i o tych samych lub wyższych parametrach na czas naprawy gwarancyjnej w przypadku nie dokonania naprawy w terminie 3 dni. | TAK |  |
| 5. | W razie potrzeby wykonania naprawy okresie gwarancji transport sprzętu odbywa się na koszt Wykonawcy. | TAK |  |
| 6. | Wykonawca wprowadzający do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub sprowadzający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w celu używania na tym terytorium wyrób, który dla prawidłowego i bezpiecznego działania wymaga specjalnych części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych określonych przez wytwórcę wyrobu, załącza do wyrobu wykaz dostawców takich części i materiałów. | TAK |  |
| 1. **Szkolenie** | | | |
| 1. | Nieodpłatne szkolenie personelu w miejscu użytkowania przedmiotu zamówienia w zakresie zapewniającym bezpieczną obsługę oraz efektywne wykorzystanie. | TAK |  |
| 2. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | TAK |  |

**Uwaga:**

Wymogiem jest, aby wartości podane w kolumnie parametry oferowane były zgodne ze stanem faktycznym oraz danymi zawartymi w oficjalnym dokumencie przedstawiającym dane techniczne (np. katalog).

Zamawiający ma prawo wystąpić do Wykonawców o udzielenie dalszych wyjaśnień niezbędnych dla weryfikacji udzielonych odpowiedzi.

**Data: ……………………… *Podpis osoby/ób uprawnionych: …………………..…………………………………***