***WÓZEK DO TRANSPORTU CHORYCH Z MOŻLIWOŚCIĄ WYKONYWANIA ZDJĘĆ RTG – 1SZT.***

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Warunek** | **Parametr oferowany**  **Podać / opisać** |
| 1. **Parametry** | | | |
| 1 | Wózek do transportu chorych przeznaczony dla oddziału SOR do transportu chorych na różne oddziały szpitalne o dopuszczalnym obciążeniu min. 230kg ± 5kg | TAK / PODAĆ |  |
| 2 | Wózek na 4 kołach o średnicy minimum 200 mm. Blokada centralna i kierunkowa od strony każdego koła. | TAK / PODAĆ |  |
| 3 | Powierzchnia leża: długość 1910 mm (+/- 20 mm) x szerokość 650 mm (+/- 20 mm) | TAK / PODAĆ |  |
| 4 | Hydrauliczna regulacja wysokości leża w zakresie: najniższe położenie nie wyższe niż 560mm a najwyższe położenie nie niższe niż 880mm. | TAK / PODAĆ |  |
| 5 | Wymiary zewnętrzne wózka: min. długość 2100 mm, max.2150, szerokość min.790mm, max.840 mm. | TAK / PODAĆ |  |
| 6 | Konstrukcja leża oparta na dwóch kolumnach cylindrycznych. | TAK |  |
| 7 | Kolumny obudowane tworzywem sztucznym w celu zapewnienia łatwego czyszczenia i dezynfekcji powierzchni kolumn. | TAK |  |
| 8 | Rozstaw kolumn: minimum 1600mm ± 50 mm. | TAK / PODAĆ |  |
| 9 | Trendelenburg i anty – Trendelenburg : min.: 0-12°. | TAK / PODAĆ |  |
| 10 | Regulacja sekcji oparcia pleców: min. 0-90°. | TAK |  |
| 11 | Leże pacjenta dwusekcyjne, wykonane z wysokiej jakości płyt przeziernych dla promieni RTG, z kasetą do wykonywania zdjęć RTG i ze wspornikiem kasety. | TAK |  |
| 12 | Leże pacjenta wyposażone w chromowane lub ze stali nierdzewnej uchwyty utrzymujące materac na miejscu. | TAK |  |
| 13 | Chromowane lub ze stali nierdzewnej uchwyty do prowadzenia wózka umieszczone od strony nóg pacjenta. | TAK |  |
| 14 | Uchwyt od strony nóg wyposażony w półkę składaną na urządzenia medyczne i z kieszenią na dokumentację pacjenta wyposażony w pasy. | TAK |  |
| 15 | Dwa składane, ergonomiczne, chromowane lub ze stali nierdzewnej z nakładkami z tworzywa sztucznego uchwyty do prowadzenia wózka od strony głowy pacjenta. | TAK |  |
| 16 | Pneumatyczna regulacja części plecowej za pomocą sprężyny gazowej. | TAK |  |
| 17 | Uchwyt do unoszenia oparcia pleców umiejscowiony na całej szerokości leża, nie kolidujący z kasetą.  Uchwyt łatwo odróżniający się, w innym kolorze od oparcia pleców i ramy wózka. | TAK |  |
| 18 | Możliwość obustronnego zastosowania wzmacniacza obrazu na powierzchni leża pacjenta, który zapewnienia pełne diagnozowanie radiologiczne pacjentów. | TAK |  |
| 19 | Rama wózka wykonana z elementów stalowych pokrytych wysokiej jakości lakierem epoksydowym przeznaczonym do obszarów medycznych, odpornym na zadrapania i środki dezynfekcyjne. | TAK |  |
| 20 | Wózek wyposażony w krążki odbojowe w narożnikach oraz w listwy odbojowe na całej długości leża w jego najbardziej wysuniętych miejscach. | TAK |  |
| 21 | Tworzywowa obudowa podstawy wózka z miejscami na dwie butle tlenowe (wgłębienia z pasami) oraz oddzielne dwa miejsca na prywatne rzeczy pacjenta. | TAK |  |
| 22 | Poręcze boczne opuszczane w systemie cyrklowym i pokryte wysokiej jakości lakierem epoksydowym przeznaczonym do obszarów medycznych, odpornym na zadrapania i środki dezynfekcyjne. | TAK |  |
| 23 | Regulacja przechyłów wzdłużnych za pomocą dwustronnych pedałów hydraulicznych znajdujących się w obudowie wózka, z wyraźnym oznaczeniem realizowanej funkcji. | TAK |  |
| 24 | Regulacja wysokości dwoma pedałami umieszczonymi po obu stronach wózka. Podnoszenie wózka pojedynczym pedałem, opuszczanie wózka pedałem podwójnym. Te same pedały do regulacji Trendelenburga i anty-Trendelenburga oraz opuszczania leża. | TAK |  |
| 25 | Wykonany ze stali nierdzewnej uchwyt na montaż akcesoriów. Uchwyt lewo lub prawostronny. | TAK |  |
| 1. **Wyposażenie** | | | |
| 1 | Wózek wyposażony w stojak na kroplówkę | TAK |  |
| 2 | Wózek z materacem. Pokrowiec materaca odporny na ciecze, mocowany do podłoża na rzepy, materac o grubości min. 8 cm. | 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 | Czas reakcji serwisu 24 godziny od daty zgłoszenia | TAK |  |
| 4 | Wykonawca zabezpieczy autoryzowany serwis pogwarancyjny na terenie Polski przez okres min. 7 lat: nazwa serwisu, adres, nr telefonu. | TAK / PODAĆ |  |
| 5 | 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 |  |
| 6 | W razie potrzeby wykonania naprawy w okresie gwarancji transport sprzętu odbywa się na koszt Wykonawcy. | TAK |  |
| 7 | 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 |  |
| 8 | 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 fachowej instalacji, okresowej konserwacji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa które zgodnie z instrukcją używania wyrobu nie mogą być wykonane przez użytkownika — załącza do wyrobu wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania tych czynności. | 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: …………………..…………………………………***