*Załącznik Nr 1 do SIWZ*

Oznaczenie sprawy: PN – 10/19

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Oznaczenie Wykonawcy

**Opis przedmiotu zamówienia**

**Cz. nr 15 - Wózek anestezjologiczny 4 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***L. p.*** | ***Wymagania dla przedmiotu zamówienia*** | ***Parametry wymagane*** | ***Parametry oferowane (potwierdzić spełnianie parametru / opisać) \*******należy wypełnić wszystkie rubryki poprzez zaznaczenie odpowiednio TAK/NIE bądź wpisanie wartości parametru oferowanego – zgodnie z wymaganiem zamawiającego*** |
|  | Producent | podać | ……………………….. |
|  | Model | podać | ……………………….. |
|  | Kraj pochodzenia | podać | ……………………….. |
|  | Rok produkcji | urządzenie nowe, nieużywane, wyprodukowane w 2019r.  | TAK/NIERok produkcji ………………… |
|  | Szkielet wózka, blat górny i czoła szuflad wykonane z materiału charakteryzującego się wysoką wytrzymałością i trwałością: twarda mikrokomórkowa pianka poliuretanowa | TAK | TAK/NIE |
|  | Konstrukcja wózka wyposażona w centralny system zamknięcia wszystkich szuflad – zamykany na klucz. | TAK | TAK/NIE |
|  | Wymiary zewnętrzne wózka:- Wysokość: min. 85 cm, max. 95cm- Głębokość: min. 67 cm, max. 77cm- Szerokość: min. 78cm, max. 88cm | TAK/Podać | Wymiary zewnętrzne wózka:- Wysokość: ………..- Głębokość: ………………..- Szerokość: ……………….. |
|  | Wózek wyposażony w cztery szuflady o wysokości 150 mm każda | TAK | TAK/NIE |
|  | Listwa odbojowa chroniąca wózek i ściany przed uszkodzeniami | TAK | TAK/NIE |
|  | Wyposażenie podstawowe wózka :- blat zabezpieczony z czterech stron przed zsuwaniem się przedmiotów, - uchwyt do przetaczania wytłoczony w blacie wózka, - pojemnik do zużytych igieł, strzykawek wpuszczany w blat wózka (otwór w blacie)- otwieracz ampułek wbudowany w korpus wózka na rogu, - pojemnik na cewniki wbudowany w korpus wózka, - pojemnik na butelki, - kosz na odpadki , - min. 2 przezroczyste umożliwiające identyfikację tego co znajduje się w środku odchylane pojemniki „kieszenie”, - wysuwana spod blatu półkę do pisania z lewej lub prawej strony wózka, - półka na żel wytłoczona w wózku w przedniej części wózka od czoła, - uchwyt na butlę z tlenem wytłoczony w wózku z pasem mocującym, - zintegrowane dwie boczne szuflady wysuwane spod blatu: jedna z wkładem ze stali nierdzewnej, druga na leki natychmiastowego użycia – ratujące życie (z przezroczystą ścianką w blacie wózka) pozwalająca na ich identyfikacjeWymienione wyposażenie nie powodujące zwiększenia gabarytów wózka i nie narażające na ich uszkodzenie – zintegrowane w obudowie wózka | TAK | TAK/NIE |
| **PARAMETRY STANOWIĄCE KRYTERIUM OCENY OFERT** |
| ***Opis parametru wymaganego oraz wskazane parametry oceniane*** | ***punkty*** | ***Oferowany parametr – należy wskazać odpowiednio TAK/NIE bądź wpisać oferowaną wartość*** |
|  | Czoła szuflad z przezroczystymi pojemnikami z możliwością umieszczenia opisu identyfikującego zawartość szuflady. Pojemniki szuflad jednoczęściowe - odlane w formie bez elementów łączenia, bez miejsc narażonych na kumulacje brudu i ognisk infekcji. | Segregatory/podziałki w min 2 szufladach – 10 pktBrak – 0 pkt | TAK/NIE |
|  | Układ jezdny: 4 koła jezdne w tym min. 2 z blokadą, o średnicy min. 125mm. z elastycznym, niebrudzącym podłóg bieżnikiem rozmieszczone w równych odległościach od siebie zwiększające zwrotność wózka | TAK2 koła z blokadą – 0 pkt>2 koła z blokadą – 10 pkt | 4 koła jezdne w tym ……. z blokadą |
|  | Wyposażenie dodatkowe:- Tworzywowa nadstawka z pojemnikami na strzykawki, igły, drobne przedmioty. Pojemniki w dwóch rzędach, w dolnym 5 dużych, w górnym 6 mniejszych,- półka ze stali nierdzewnej, montowana do nadstawki, - uchwyt na defibrylator montowany do blatu, z możliwością ustawienia go w obrębie wózka lub poza jego obrysem – poprzez odchylenie- tworzywowy uchwyt na potrójne pudełko rękawic (montowany na całej szerokości wózka pod ww nadstawką),- demontowalna listwa ze stali nierdzewnej do montowania akcesoriów | Możliwość montażu wyposażenia (listwy do akcesoriów, uchwytu na rękawice i półki ze stali nierdzewnej) w różnej kolejności– 10 pktBrak w/w możliwości – 0 pktMożliwość rozbudowy wózka o dodatkowe wyposażenie w przyszłości – 10 pktBrak możliwości - 0pkt | TAK/NIETAK/NIE |
|  | Kolorystyka szafki do wyboru min 3 kolory, podać możliwości | TAK3 kolory – 0 pktPowyżej 3 kolorów – 10 pkt | Wskazać kolory…………………. |
| **WARUNKI GWARANCJI I SERWISU** |
|  | Okres gwarancji min. 24 miesiące\* |  podać | …………………. mc |
|  | Czas reakcji serwisu gwarancyjnego tj. podjęcie naprawy serwisowej do 48 h od momentu zgłoszenia. (w dni robocze) | wskazać adres punktu serwisowego | TAK/NIE ……………………………….. |
|  **SZKOLENIA** |
|  | Szkolenie w zakresie obsługi urządzenia | TAK | TAK/NIE |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019r. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **(nazwisko i imię osoby upoważnionej do**

 **reprezentowania Wykonawcy )**

\*okres obowiązywania gwarancji dotyczy sprzętu medycznego. Okres obowiązywania gwarancji dla urządzeń innych niż sprzęt medyczny nie może być krótszy niż okres gwarancji jaki zapewnia producent urządzenia