Załącznik nr 1 do siwz (wypełnić i załączyć do oferty) Nr sprawy PCZ-NZP-382/22/20

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH**

Zad. nr 3 – wózek resuscytacyjny – 1szt. (wyrób medyczny klasy I)

Nazwa producenta: .......................................................

Nazwa i typ: ......................................................

Kraj pochodzenia: .......................................................

Rok produkcji nie wcześniej niż 2020 rok: ......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Opis | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany-podać lub potwierdzić** |
| 1 | Wymiary wózka bez wyposażenia dodatkowego:- szerokość: **650 mm (+/- 20 mm)**- głębokość: **550 mm (+/- 20 mm)**- wysokość od podłoża do blatu**: 1000 mm (+/- 20 mm)-** wysokość wózka z nadstawką: **1700 mm (+/-20 mm)** | TAK |   |
| 2 | Wymiary szafki:- szerokość: **600 mm (+/- 20 mm)**- głębokość **500 mm (+/- 20 mm)**- wysokość: **805 mm (+/- 20 mm)** | TAK |   |
| 3 | Wózek wyposażony w 4szuflady: - 1 szuflada o wysokości frontu **234 mm ( +/- 5mm)**- 3 szuflady o wysokości frontu **156 mm (+/- 5 mm)** | TAK |   |
| 4 | Wymiary powierzchni użytkowej szuflady: - (przy wysokości frontu 1x234mm): 525x440x209 mm - (przy wysokości frontów 3x156mm): 525x440x140 mm  | TAK |   |
| 5 | Szuflady wyposażone w prowadnice z samodociągiem | TAK |   |
| 6 | Szafka i szuflady wykonane ze stali lakierowanej proszkowo, kolorystyka frontów do wyboru przez Zamawiającego. | TAK |   |
| 7 | Korpus szafki wyposażony w zintegrowany ze ścianką materiał wygłuszający- niechłonący wilgoci, minimalizujący wibracje, absorbujący drgania, tworzący barierę akustyczną dla różnych częstotliwości. | TAK |   |
| 8 | Blat górny wózka wykonany ze stali lakierowanej proszkowo, kolorystyka frontów do wyboru przez Zamawiającego, otoczony z 3 stron bandami o wysokości **50 mm (+/- 5mm)** | TAK |   |
| 9 | Uchwyty szuflad bez ostrych krawędzi, wykonane z aluminium anodowanego lub lakierowane proszkowo, kolorystyka do wyboru przez Zamawiającego. | TAK, |   |
| 10 | Podstawa stalowa z odbojami, wyposażona w koła w obudowie z tworzywa sztucznego o średnicy min. 125 mm (szare), w tym dwa z blokadą | TAK |   |
| 11 | WYPOSAŻENIE DODATKOWE WÓZKA: - **2 odcinki** szyny instrumentalnej do montowania wyposażenia dodatkowego wykonane ze stali kwasoodpornej, narożniki zabezpieczone i zintegrowane z korpusem wózka poprzez łącznik z tworzywa- **kanały montażowe** zaślepione elastyczną , wyjmowaną uszczelką zabezpieczającą przed gromadzeniem się brudu dostępną w min. 8 kolorach- **1x kosz na odpady** z tworzywa sztucznego z blokadą pokrywy w pozycji pionowej, mocowany na uchwycie typu Z**- 1x pojemnik na rękawiczki** obudowany z 3 stron o wymiarach **135x85x230 mm (+/- 5 mm)- 1xdeska do przeprowadzania RKO** wykonana z tworzywa HPL**- 1xuchwyt do butli z tlenem**- **1x uchwyt do przetaczania** umiejscowiony z przodu wózka, nad szufladami, stalowy lakierowany proszkowo - kolorystyka do wyboru przez Zamawiającego  | TAK |   |
| 12 | Dodatkowe akcesoria mocowane za pomocą aluminiowych kostek w formie bryły o wymiarach ok. **54x40 mm** [wysokość x szerokość], z pokrętłem stabilnie mocującym osprzęt, nie odkształcających się podczas użytkowania, blokujących przesuwanie się osprzętu podczas jazdy, uchwyty z możliwością zawieszenia także na szynie Modur o przekroju 10x30 mm | TAK |   |
| 13 | Wymagane dokumenty:Deklaracja zgodności CE, Certyfikat producenta wyrobów medycznych PN-EN ISO 13485Certyfikat PN-EN ISO 9001 - projektowanie, serwis, produkcja sprzętu medycznego (lub równoważne)" | TAK |   |
| 14 | Rok produkcji 2020 | TAK |   |
| 15 | Okres gwarancji min. 24 miesiące | TAK |  |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty. Parametry muszą być potwierdzone folderami lub karatami katalogowymi oferowanego wyrobu.

**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.

**…………………………….**

**Podpis Wykonawcy**