**ZAŁĄCZNIK Nr 8.1 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych**

**Część 1 – Szafa medyczna 1 drzwiowa – 5 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** |
| 1 | 2 | 3 |  |
| 1. 1. | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Szafa fabrycznie nowa | Rok produkcji: 2023 |  |
|  | Szafa lekarska posiadająca korpus wykonany z solidnej blachy stalowej o grubości 0,8 mm. | TAK |  |
|  | Drzwi szafy metalowe i posiadające wypełnienie ze szkła hartowanego grubości 4 mm | TAK |  |
|  | Zamykanie szafy przy pomocy zamka zabezpieczającego, który rygluje drzwi w dwóch punktach, zabezpieczając przechowywane lekarstwa. | TAK |  |
|  | Szafa wyposażona w skrętne kółka antystatyczne, wykonane z tworzywa niebrudzącego podłogi | TAK |  |
|  | Dwa kółka posiadające hamulce, które w razie potrzeby uniemożliwiają przemieszczanie szafy. | TAK |  |
|  | Wewnątrz szafy cztery przeszklone półki grubości 4 mm, których wysokość można zmieniać co 25 mm. | TAK |  |
| 9. | Szafa malowana jest przy pomocy farby proszkowej, która zapewnia wysoką przyczepność powłoki i występuje w min. 16 kolorach palety Ral. | TAK, podać |  |
| 10. | Szerokość: 600 mm | TAK |  |
| 11. | Wysokość: 1890 mm +/- 50 mm | TAK, podać |  |
| 12. | Waga: 70 do 80 kg | TAK, podać |  |
| 13. | Głębokość: 435 mm - 485 mm | TAK, podać |  |
| 14. | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonej szafy medycznej do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas przedmiot umowy jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• zobowiązujemy się do dostarczenia i montażu przedmiotu umowy w miejscu jego przeznaczenia

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

podpis kwalifikowany/ zaufany/ elektroniczny podpis osobisty

**ZAŁĄCZNIK Nr 8.2 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych**

**Część 2 – Szafa medyczna 2 drzwiowa – 5 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** |
| 1 | 2 | 3 |  |
| 1. | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia | Podać |  |
| 2. | Szafa fabrycznie nowa | Rok produkcji: 2023 |  |
| 3. | Szafa lekarska posiadająca korpus wykonany z solidnej blachy stalowej o grubości 0,8 mm. | TAK |  |
| 4. | Zamykanie szafy przy pomocy zamka zabezpieczającego, który rygluje drzwi w dwóch punktach, zabezpieczając przechowywane lekarstwa. | TAK |  |
| 5. | Szafa wyposażona w skrętne kółka antystatyczne, wykonane z tworzywa niebrudzącego podłogi | TAK |  |
| 6. | Dwa kółka posiadające hamulce, które w razie potrzeby uniemożliwiają przemieszczanie szafy. | TAK |  |
| 7. | W górnej części szafy są dwie szklane półki grubość 4 mm przestawne co 25 cm zamykane przeszklonymi drzwiczkami ze szkłem grubości 4 mm. | TAK |  |
| 8. | W dolnej jedna szklana półka zamykana drzwiczkami z pełnej blachy. | TAK |  |
| 9. | Górna i dolna część szafy zamykana na kluczyk. | TAK |  |
| 10. | Szafa malowana jest przy pomocy farby proszkowej, która zapewnia wysoką przyczepność powłoki i występuje w min. 16 kolorach palety Ral. | TAK, podać |  |
| 11. | Szerokość: 800 mm | TAK |  |
| 12. | Wysokość: 1890 mm +/- 50 mm | TAK, podać |  |
| 13. | Głębokość: 435 mm - 485 mm | TAK, podać |  |
| 14. | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonej szafy medycznej do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas przedmiot umowy jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• zobowiązujemy się do dostarczenia i montażu przedmiotu umowy w miejscu jego przeznaczenia

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

podpis kwalifikowany/ zaufany/ elektroniczny podpis osobisty

**ZAŁĄCZNIK Nr 8.3 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych**

**Część 3 – Leżanka lekarska – 26 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** |
| 1 | 2 | 3 |  |
| 1. | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia | Podać |  |
| 2. | Leżanka fabrycznie nowa | Rok produkcji: 2023 |  |
| 3. | Konstrukcja kozetki z rur okrągłych średnicy min. 22 mm i grubości minimum 1,5mm malowanych proszkowo | TAK, podać |  |
| 4. | Konstrukcja usztywniona poprzez zastosowanie poprzeczek wzmacniających nogi na szerokości oraz łączących stelaż na długości | TAK |  |
| 5. | Leże i wezgłowie z płyty wiórowej pokrytej pianką poliuretanową i obszyte materiałem zmywalnym, | TAK |  |
| 6. | Kolor leżanki do akceptacji Zamawiającego | TAK |  |
| 7. | Leże dwusegmentowe | TAK |  |
| 8. | Kozetka wyposażona w regulacje kąta nachylenia wezgłowia w zakresie minimum od -90 do + 40 stopni | TAK, podać |  |
| 9. | Uchwyt do prześcieradła jednorazowego montowany pod zagłówkiem | TAK |  |
| 10. | Nogi zabezpieczone stopkami z tworzywa | TAK |  |
| 11. | Szerokość całkowita 550 mm +/- 20 mm | TAK, podać |  |
| 12. | Długość całkowita 1850 mm +/- 20 mm | TAK, podać |  |
| 13. | Wysokość 500mm + 50 mm | TAK, podać |  |
| 14. | Dopuszczalne obciążenie min. 180 kg | TAK, podać |  |
| 15. | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. ( t. j. Dz. U. 2022 poz. 974) – złożyć wraz z ofertą | TAK |  |
| 16. | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonej szafy medycznej do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas przedmiot umowy jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• zobowiązujemy się do dostarczenia i montażu przedmiotu umowy w miejscu jego przeznaczenia

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

podpis kwalifikowany/ zaufany/ elektroniczny podpis osobisty

**ZAŁĄCZNIK Nr 8.4 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych**

**Część 4 – Leżanka EKG – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** |
| 1 | 2 | 3 |  |
| 1. | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia | Podać |  |
| 2. | Leżanka fabrycznie nowa | Rok produkcji: 2023 |  |
| 3. | Leżysko dwusegmentowe bez otworów | TAK |  |
| 4. | Zagłówek regulowany skokowo za pomocą drewnianej zapadki | TAK |  |
| 5. | Tapicerka skóropodobna | TAK |  |
| 6. | Kolor leżanki do akceptacji Zamawiającego | TAK |  |
| 7. | Wysokość stała 70 cm +/- 5cm | TAK, podać |  |
| 8. | Szerokość 65 cm + 5 cm | TAK, podać |  |
| 9. | Długość 185 cm + 5 cm | TAK, podać |  |
| 10. | Wieszak na ręcznik papierowy | TAK |  |
| 11. | Stół nie zawiera elementów metalowych | TAK |  |
| 12. | Konstrukcja sosnowa | TAK |  |
| 13. | Udźwig min. 200 kg | TAK, podać |  |
| 14. | Zagłówek regulowany w zakresie min. 0 do +40 stopni | TAK, podać |  |
| 15. | Waga leżanki 30 do 35 kg | TAK, podać |  |
| 16. | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. ( t. j. Dz. U. 2022 poz. 974) – złożyć wraz z ofertą | TAK |  |
| 17. | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonej szafy medycznej do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas przedmiot umowy jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• zobowiązujemy się do dostarczenia i montażu przedmiotu umowy w miejscu jego przeznaczenia

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

podpis kwalifikowany/ zaufany/ elektroniczny podpis osobisty