**ZADANIE NR 1**

**POZYCJA Nr 1 – Balkonik aluminiowy czterokołowy z siedziskiem - 4 szt. (oddz. IV; V)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYPEŁNIA WYKONAWCA:**  Nazwa przedmiotu zamówienia: …………………………………………………………….……………………………..….  Producent/kraj pochodzenia……………………………………….…………………………………..………..………………  typ/model/seria…………………………….………………...……Rok produkcji ………………………(co najmniej 2020) | | | |
| **L.p.** | **Opis parametrów** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Lekka, aluminiowa konstrukcja na 4 kółkach | TAK |  |
| 2. | Konstrukcja składana | TAK |  |
| 3. | Regulowana wysokość | TAK |  |
| 4. | Możliwość złożenia | TAK |  |
| 5. | Ergonomiczne uchwyty | TAK |  |
| 6. | Hamulce w rączkach oraz hamulce postojowe | TAK |  |
| 7. | Min. obciążenie: 120 [kg] | TAK |  |

Wykonawca oświadcza, że oferowane urządzenie jest fabrycznie nowe, wolne od wad fizycznych i prawnych i objęta gwarancją producenta oraz spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 roku, poz. 186), jest zgodne z międzynarodowymi normami bezpieczeństwa EN i posiada deklarację CE.

Wykonawca oświadcza również, że urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

*.............................................................*

(podpis osoby upoważnionej do

reprezentowania Wykonawcy)

**POZYCJA Nr 2 – Wózek inwalidzki - 3 szt. (oddz. III, V)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYPEŁNIA WYKONAWCA:**  Nazwa przedmiotu zamówienia: …………………………………………………………….……………………………..….  Producent/kraj pochodzenia……………………………………….…………………………………..………..………………  typ/model/seria…………………………….………………...……Rok produkcji ………………………(co najmniej 2020) | | | |
| **L.p.** | **Opis parametrów** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Wykonana z wysokogatunkowej stali lakierowanej proszkowo | TAK |  |
| 2. | Miękkie siedzisko w kolorze czarnym z materiału umożliwiającego dezynfekcję | TAK |  |
| 3. | Pełne koła z blokadą | TAK |  |
| 4. | Dopuszczalne obciążenie: min.120kg | TAK |  |

Wykonawca oświadcza, że oferowane urządzenie jest fabrycznie nowe, wolne od wad fizycznych i prawnych i objęta gwarancją producenta oraz spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 roku, poz. 186), jest zgodne z międzynarodowymi normami bezpieczeństwa EN i posiada deklarację CE.

Wykonawca oświadcza również, że urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji. Jednocześnie oświadczamy, iż oferowany przedmiot zamówienia gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

*.............................................................*

(podpis osoby upoważnionej do

reprezentowania Wykonawcy)

**POZYCJA Nr 3 – Wózek medyczny anestezjologiczny - 1 szt. (IP)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYPEŁNIA WYKONAWCA:**  Nazwa przedmiotu zamówienia: …………………………………………………………….……………………………..….  Producent/kraj pochodzenia……………………………………….…………………………………..………..………………  typ/model/seria…………………………….………………...……Rok produkcji ………………………(co najmniej 2020) | | | |
| **L.p.** | **Opis parametrów** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | podstawa stalowa z osłoną z tworzywa ABS, pełniąca funkcję odbojów wyposażona w koła o średnicy ok.125 mm, w tym dwa z blokadą | TAK |  |
| 2. | blat z tworzywa ABS | TAK |  |
| 3. | szafka stalowa lakierowana proszkowo | TAK |  |
| 4. | Wózek zawiera:  – wysuwany blat boczny,  – szyna instrumentalna do zawieszenia wyposażenia,  – nadstawka na 4, 5 lub 6 uchylnych lub otwartych pojemników z tworzywa,  – wieszak kroplówki z regulacją wysokości,  – pojemnik na odpady z tworzywa szt. z pokrywą wahadłową,  – pojemnik na rękawiczki,  – pojemnik na zużyte igły,  – pojemnik na cewniki/kosz na cewniki,  – miska na odpadki,  – koszyk na akcesoria,  – pojemnik na narzędzia,  – półka nadblatowa,  – wyciągane podziałki do szuflad służące odpowiedniej segregacji jej zawartości,  – zamek centralny  – oznaczenia szuflad | TAK |  |

Wykonawca oświadcza, że oferowane urządzenie jest fabrycznie nowe, wolne od wad fizycznych i prawnych i objęta gwarancją producenta oraz spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 roku, poz. 186), jest zgodne z międzynarodowymi normami bezpieczeństwa EN i posiada deklarację CE.

Wykonawca oświadcza również, że urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

*.............................................................*

(podpis osoby upoważnionej do

reprezentowania Wykonawcy)

**POZYCJA Nr 4 – Wózek pielęgnacyjny - 1 szt. (oddz. II)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYPEŁNIA WYKONAWCA:**  Nazwa przedmiotu zamówienia: …………………………………………………………….……………………………..….  Producent/kraj pochodzenia……………………………………….…………………………………..………..………………  typ/model/seria…………………………….………………...……Rok produkcji ………………………(co najmniej 2020) | | | |
| **L.p.** | **Opis parametrów** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Szafka z drzwiami pełnymi | TAK |  |
| 2. | Półki w szafce 3 szt. | TAK |  |
| 3. | Uchwyt umożliwiający prowadzenie wózka | TAK |  |
| 4. | Podstawa jezdna stalowa malowana proszkowo, wyposażona w 4 koła w tym 2 z blokadą | TAK |  |
| 5. | Odboje na narożach podstawy | TAK |  |

Wykonawca oświadcza, że oferowane urządzenie jest fabrycznie nowe, wolne od wad fizycznych i prawnych i objęta gwarancją producenta oraz spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 roku, poz. 186), jest zgodne z międzynarodowymi normami bezpieczeństwa EN i posiada deklarację CE.

Wykonawca oświadcza również, że urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

*.............................................................*

(podpis osoby upoważnionej do

reprezentowania Wykonawcy)

**POZYCJA NR 5 – Wózek WC - 6 szt. (oddz. III, IV, V)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYPEŁNIA WYKONAWCA:**  Nazwa przedmiotu zamówienia: …………………………………………………………….……………………………..….  Producent/kraj pochodzenia……………………………………….…………………………………..………..………………  typ/model/seria…………………………….………………...……Rok produkcji ………………………(co najmniej 2020) | | | |
| **L.p.** | **Opis parametrów** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Rama stalowa malowana proszkowo | TAK |  |
| 2. | Konstrukcja składana | TAK |  |
| 3. | Miękkie siedzisko w kolorze czarnym | TAK |  |
| 4. | Wysokość siedziska umożliwiające najazd na sedes | TAK |  |
| 5. | Podnóżki zdejmowane, uchylne | TAK |  |
| 6. | Demontowane oparcie | TAK |  |
| 7. | Uchylne podłokietniki | TAK |  |
| 8. | Koła pełne | TAK |  |
| 9. | Hamulce na koła tylne | TAK |  |
| 10. | Pojemnik na fekalia | TAK |  |
| 11. | Obciążenie do min.120 kg | TAK |  |
| 12. | Szer. 54-60 cm; wys. 89-100 cm (+/- 2 cm) | TAK |  |

Wykonawca oświadcza, że oferowane urządzenie jest fabrycznie nowe, wolne od wad fizycznych i prawnych i objęta gwarancją producenta oraz spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 roku, poz. 186), jest zgodne z międzynarodowymi normami bezpieczeństwa EN i posiada deklarację CE.

Wykonawca oświadcza również, że urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

*.............................................................*

(podpis osoby upoważnionej do

reprezentowania Wykonawcy)

**POZYCJA NR 6 – Wózek zabiegowy duży - 2 szt. (oddz. II,V)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYPEŁNIA WYKONAWCA:**  Nazwa przedmiotu zamówienia: …………………………………………………………….……………………………..….  Producent/kraj pochodzenia……………………………………….…………………………………..………..………………  typ/model/seria…………………………….………………...……Rok produkcji ………………………(co najmniej 2020) | | | |
| **L.p.** | **Opis parametrów** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Z rurek stalowych pokrytych lakierem proszkowym | TAK |  |
| 2. | Na 4 kółkach w tym 2 z blokadą, pozwalających na łatwe i ciche przemieszczanie | TAK |  |
| 3. | Worek na odpady | TAK |  |
| 4. | Druciany kosz | TAK |  |
| 5. | 5 półek | TAK |  |
| 6. | Wys. ok 91 cm; szer. ok. 43 cm; dł. ok. 97 cm (+/- 2 cm) | TAK |  |

Wykonawca oświadcza, że oferowane urządzenie jest fabrycznie nowe, wolne od wad fizycznych i prawnych i objęta gwarancją producenta oraz spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 roku, poz. 186), jest zgodne z międzynarodowymi normami bezpieczeństwa EN i posiada deklarację CE.

Wykonawca oświadcza również, że urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

*.............................................................*

(podpis osoby upoważnionej do

reprezentowania Wykonawcy)

**POZYCJA NR 7 – Wózek zabiegowy mały - 1 szt. (oddz. II)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYPEŁNIA WYKONAWCA:**  Nazwa przedmiotu zamówienia: …………………………………………………………….……………………………..….  Producent/kraj pochodzenia……………………………………….…………………………………..………..………………  typ/model/seria…………………………….………………...……Rok produkcji ………………………(co najmniej 2020) | | | |
| **L.p.** | **Opis parametrów** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Z rurek stalowych pokrytych lakierem proszkowym | TAK |  |
| 2. | Na 4 kółkach w tym 2 z blokadą, pozwalających na łatwe i ciche przemieszczanie | TAK |  |
| 3. | Worek na odpady | TAK |  |
| 4. | Druciany kosz | TAK |  |
| 5. | 3 półki | TAK |  |
| 6. | Wys. ok 91 cm; szer. ok. 43 cm; dł. ok. 65 cm(+/- 2 cm) | TAK |  |

Wykonawca oświadcza, że oferowane urządzenie jest fabrycznie nowe, wolne od wad fizycznych i prawnych i objęta gwarancją producenta oraz spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 roku, poz. 186), jest zgodne z międzynarodowymi normami bezpieczeństwa EN i posiada deklarację CE.

Wykonawca oświadcza również, że urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

*.............................................................*

(podpis osoby upoważnionej do

reprezentowania Wykonawcy)

**ZADANIE NR 2**

**POZYCJA Nr 1 – Fotel do pobrania krwi - 1 szt. (IP)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYPEŁNIA WYKONAWCA:**  Nazwa przedmiotu zamówienia: …………………………………………………………….……………………………..….  Producent/kraj pochodzenia……………………………………….…………………………………..………..………………  typ/model/seria…………………………….………………...……Rok produkcji ………………………(co najmniej 2020) | | | |
| **L.p.** | **Opis parametrów** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Wykonany jest z profili i rur stalowych, pokrytych lakierem proszkowym, odpornym na promieniowanie UV, uszkodzenia mechaniczne i środki dezynfekcyjno-myjące | TAK |  |
| 2. | Układ jezdny wyposażony w podwozie z indywidualną blokadą kół tylnych. | TAK |  |
| 3. | Segmenty siedziska, oparcia pleców oraz podudzia są tapicerowane. | TAK |  |
| 4. | Segment oparcia pleców powinien posiadać osłonę wykonaną z tworzywa ABS | TAK |  |
| 5. | Regulacja kąta segmentów oparcia pleców i podudzia realizowana za pomocą sprężyn gazowych poprzez zwolnienie odpowiedniej dźwigni | TAK |  |
| 6. | Obciążenie do min.150 kg | TAK |  |
| 7. | Maksymalne obciążenie blatu bocznego: min. 10 kg | TAK |  |

Wykonawca oświadcza, że oferowane urządzenie jest fabrycznie nowe, wolne od wad fizycznych i prawnych i objęta gwarancją producenta oraz spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 roku, poz. 186), jest zgodne z międzynarodowymi normami bezpieczeństwa EN i posiada deklarację CE.

Wykonawca oświadcza również, że urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji. Jednocześnie oświadczamy, iż oferowany przedmiot zamówienia gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

*.............................................................*

(podpis osoby upoważnionej do

reprezentowania Wykonawcy)

**POZYCJA Nr 2 – Kozetka do gabinetu zabiegowego - 1 szt. (oddz. III)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYPEŁNIA WYKONAWCA:**  Nazwa przedmiotu zamówienia: …………………………………………………………….……………………………..….  Producent/kraj pochodzenia……………………………………….…………………………………..………..………………  typ/model/seria…………………………….………………...……Rok produkcji ………………………(co najmniej 2020) | | | |
| **L.p.** | **Opis parametrów** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Konstrukcja metalowa malowana proszkowo | TAK |  |
| 2. | Na kółkach jezdnych z blokadą | TAK |  |
| 3. | Leżysko dwusegmentowe tapicerowane gąbką i skajem odporne na agresywne środki dezynfekcyjne | TAK |  |
| 4. | Wyposażone w uchwyt na papier jednorazowy w rolce | TAK |  |
| 5. | Zagłówek regulowany w zakresie min -300 do + 300 stopni ( + 50) | TAK |  |
| 6. | Wymiary leżyska:   * Szerokość całkowita: 600 mm (+ 20 mm); * Długość całkowita: 2000 mm ( + 20 mm );   Wysokość całkowita : 620 mm (+ 20 mm) | TAK |  |
| 7. | Dopuszczalne obciążenie min. 180 kg | TAK |  |
| 8. | Gwarancja min. 12 m-ce | TAK |  |

Wykonawca oświadcza, że oferowane urządzenie jest fabrycznie nowe, wolne od wad fizycznych i prawnych i objęta gwarancją producenta oraz spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 roku, poz. 186), jest zgodne z międzynarodowymi normami bezpieczeństwa EN i posiada deklarację CE.

Wykonawca oświadcza również, że urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji. Jednocześnie oświadczamy, iż oferowany przedmiot zamówienia gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

*.............................................................*

(podpis osoby upoważnionej do

reprezentowania Wykonawcy)

**POZYCJA Nr 3 – Łóżko szpitalne z możliwością automatycznego regulowania wysokości - 3 szt. (oddz.V)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYPEŁNIA WYKONAWCA:**  Nazwa przedmiotu zamówienia: …………………………………………………………….……………………………..….  Producent/kraj pochodzenia……………………………………….…………………………………..………..………………  typ/model/seria…………………………….………………...……Rok produkcji ………………………(co najmniej 2020) | | | |
| **L.p.** | **Opis parametrów** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Metalowa konstrukcja łóżka lakierowana proszkowo. Podstawa łóżka pozbawiona kabli oraz układów sterujących funkcjami łóżka, łatwa w utrzymaniu czystości. | TAK |  |
| 2. | Podstawa łóżka pantograf podpierająca leże w minimum 8 punktach, gwarantująca stabilność leża (nie dopuszcza się łózek opartych na dwóch i trzech kolumnach). | TAK PODAĆ |  |
| 3. | Wolna przestrzeń pomiędzy podłożem, a całym podwoziem wynosząca nie mniej niż 140 mm umożliwiająca łatwy przejazd przez progi oraz wjazd do dźwigów osobowych. | TAK PODAĆ |  |
| 4. | Wymiary zewnętrzne łóżka:   * Długość całkowita: 2120 mm, (± 30 mm)   Szerokość całkowita wraz z zamontowanymi barierkami wynosi max 990 mm (wymiar leża 870x2000) | TAK PODAĆ |  |
| 5. | Leże łóżka czterosegmentowe z czego min. 3 segmenty ruchome | TAK PODAĆ |  |
| 6. | Zasilanie elektryczne 220/230 V | TAK |  |
| 7. | Rama leża wyposażona w gniazdo wyrównania potencjału. Łóżko przebadane pod kątem bezpieczeństwa elektrycznego wg normy PN EN 62353 – dołączyć protokół z badań przy dostawie produktu. | TAK |  |
| 8. | Elektryczne regulacje:  - segment oparcia pleców 0-70° (± 2°) z optycznym wskaźnikiem kąta przechyłu,  - segment uda 0-45° (± 2°),  - kąt przechyłu Trendelenburga 0-18° (± 2°),  - kąt przechyłu anty-Trendelenburga 0-18° (± 2°),  - regulacja segmentu podudzia – ręczna mechanizmem zapadkowym. | TAK PODAĆ |  |
| 9. | Elektryczna regulacja wysokości w zakresie:  350 do 840 mm (± 30 mm) | TAK PODAĆ |  |
| 10. | Czas zmiany wysokości leża z pozycji minimalnej do maksymalnej max. 25 sekund. | TAK PODAĆ |  |
| 11. | Łóżko sterowane przewodowym pilotem z możliwością blokady funkcji przez personel medyczny. Dodatkowo pilot wyposażony w sygnalizację dźwiękową aktywowaną każdorazowo przy zmianie pozycji leża podczas odłączenia od zasilania sieciowego. Optyczny wskaźnik podłączenia do sieci oraz ładowania akumulatora.  W celu bezpieczeństwa pacjenta funkcja Trendelenburga nie dostępna na pilocie przewodowym. | TAK |  |
| 12. | Łóżko wyposażone w panel sterujący chowany pod leżem w półce do odkładania pościeli. Panel wyposażony w podwójne zabezpieczenie przed przypadkowym uruchomieniem funkcji elektrycznych z możliwością blokady poszczególnych funkcji pilota. Panel sterujący wyposażony w funkcję regulacji segmentu oparcia pleców, uda, wysokości leża, pozycji wzdłużnych oraz uzyskiwanych za pomocą jednego przycisku funkcji anty-szokowej, egzaminacyjnej, CPR, krzesła kardiologicznego. Panel z możliwością zawieszenie na szczycie łóżka od strony nóg. | TAK |  |
| 13. | Segment oparcia pleców z możliwością mechanicznego szybkiego poziomowania (CPR) – dźwignia umieszczona pod leżem, oznaczona kolorem czerwonym.  Autokontur segmentu oparcia pleców i uda.  Autoregresja segmentu oparcia pleców zapobiegająca przed zsuwaniem pacjenta. | TAK |  |
| 14. | Leże wypełnione płytami z polipropylenu odpornego na działanie wysokiej temperatury, środków dezynfekujących oraz działanie UV. Płyty odejmowane bez użycia narzędzi. | TAK |  |
| 15. | Akumulator wbudowany w układ elektryczny łóżka podtrzymujący sterowanie łóżka przy braku zasilania sieciowego, sygnał dźwiękowy sygnalizujący wyczerpanie akumulatora. | TAK |  |
| 16. | Łóżko z możliwością przedłużenia leża o min. 280 mm. | TAK PODAĆ |  |
| 17. | Szczyty łóżka o kształcie prostokąta zamkniętego z wyraźnie zaokrąglonymi krawędziami, wykonane z profilu stalowego, spłaszczonego ze stali węglowej, lakierowane proszkowo łatwo odejmowane, wypełnione wysokiej, jakości płytą HPL (o grubości min. 8 mm), odporną na działanie wysokiej temperatury, uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV. Górna część szczytu wyposażona w metalowy uchwyt ułatwiający transport stanowiący co najmniej 70% długości szczytu. | TAK PODAĆ |  |
| 18. | Barierka lakierowana proszkowo, wykonane z 3 profili stalowych owalnych o wysokości min. 40 mm i grubości min. 20mm składana wzdłuż ramy leża za pomocą jednego przycisku, pod każdą z barierek krążek odbojowy. Spełniające normę bezpieczeństwa EN 60601-2-52; | TAK |  |
| 19. | Wysuwana półka do odkładania pościeli, nie wystająca poza obrys ramy łóżka | TAK |  |
| 20. | Możliwość zamontowania po dwóch stronach łóżka uchwytów na worki urologiczne. | TAK |  |
| 21. | W narożnikach leża 4 krążki odbojowe chroniące ściany i łóżko podczas przemieszczania łóżka. | TAK |  |
| 22. | Łóżko wyposażone w elastyczne tworzywowe uchwyty materaca przy min. dwóch segmentach leża, dostosowujące się do szerokości materaca, zapobiegające powstawaniu urazów kończyn. | TAK |  |
| 23. | Podstawa łóżka jezdna wyposażona w antystatyczne koła o średnicy min. 150 mm, z centralną blokadą kół oraz blokadą kierunkową. | TAK PODAĆ |  |
| 24. | Bezpieczne obciążenie min. 250 kg potwierdzone przez niezależny podmiot. | TAK PODAĆ |  |
| 25. | Możliwość montażu ramy wyciągowej, wysięgnika z uchwytem do ręki i wieszaka kroplówki (możliwość zamontowania wieszaka w czterech narożnikach leża) | TAK |  |
| 26. | Możliwość wyboru kolorów wypełnień szczytów min. 10 kolorów oraz kolorów ramy łóżka min. 2 kolory w tym kolor szary. | TAK PODAĆ |  |
| 27. | Elementy wyposażenia łóżek:  - wieszak kroplówki;  - wysięgnik ręki z uchwytem;  - materac wodoodporny, paroprzepuszczalny, wysokość min. 10 cm.; wyposażony w zdejmowany pokrowiec z zamkiem na 2 bokach w kształcie litery L; | TAK |  |
| 28. | * Deklaracja Zgodności, * WPIS lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych, * Certyfikat ISO 9001:2015 lub równoważny potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiami,   Certyfikat ISO 13485:2016 potwierdzający, że producent wdrożył i utrzymuje system zarządzania jakością dla wyrobów medycznych. | TAK |  |
| 29. | Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat | TAK PODAĆ |  |
| 30. | Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat | TAK PODAĆ |  |
| 31. | Czas reakcji serwisu max. 72 godz. robocze | TAK |  |

Wykonawca oświadcza, że oferowane urządzenie jest fabrycznie nowe, wolne od wad fizycznych i prawnych i objęta gwarancją producenta oraz spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 roku, poz. 186), jest zgodne z międzynarodowymi normami bezpieczeństwa EN i posiada deklarację CE.

Wykonawca oświadcza również, że urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji. Jednocześnie oświadczamy, iż oferowany przedmiot zamówienia gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

*.............................................................*

(podpis osoby upoważnionej do

reprezentowania Wykonawcy)

**ZADANIE NR 3**

**POZYCJA Nr 1 – Parawan - 7 szt. (oddz. IV, V)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYPEŁNIA WYKONAWCA:**  Nazwa przedmiotu zamówienia: …………………………………………………………….……………………………..….  Producent/kraj pochodzenia……………………………………….…………………………………..………..………………  typ/model/seria…………………………….………………...……Rok produkcji ………………………(co najmniej 2020) | | | |
| **L.p.** | **Opis parametrów** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Konstrukcja stalowa, lakierowany proszkowo | TAK |  |
| 2. | Na podstawie jezdnej, koła w obudowie stalowej ocynkowanej, 2 z 4 kół z możliwością blokady | TAK |  |
| 3. | Wymiary skrzydła:   * szerokości 800 mm * wysokość: 1700 mm | TAK |  |
| 4. | Zasłonka z materiału z powłoką wodoodporną | TAK |  |

Wykonawca oświadcza, że oferowane urządzenie jest fabrycznie nowe, wolne od wad fizycznych i prawnych i objęta gwarancją producenta oraz spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 roku, poz. 186), jest zgodne z międzynarodowymi normami bezpieczeństwa EN i posiada deklarację CE.

Wykonawca oświadcza również, że urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

*.............................................................*

(podpis osoby upoważnionej do

reprezentowania Wykonawcy)

**POZYCJA Nr 2 – Taboret pod prysznic - 8 szt. (oddz. I, IV)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYPEŁNIA WYKONAWCA:**  Nazwa przedmiotu zamówienia: …………………………………………………………….……………………………..….  Producent/kraj pochodzenia……………………………………….…………………………………..………..………………  typ/model/seria…………………………….………………...……Rok produkcji ………………………(co najmniej 2020) | | | |
| **L.p.** | **Opis parametrów** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Wykonany z aluminium i tworzywa sztucznego | TAK |  |
| 2. | Regulacja wysokości skokowa (min. 8 poziomów) pozwalająca na dostosowanie wysokości siedziska do wzrostu użytkownika | TAK |  |
| 3. | Nóżki zakończone szerokimi, gumowymi nasadkami antypoślizgowymi o zwiększonej powierzchni styku z podłożem | TAK |  |
| 4. | Siedzisko wykonane z łatwo zmywalnego tworzywa sztucznego z porowatą antypoślizgową powierzchnią | TAK |  |
| 5. | Produkt medyczny, atestowany | TAK |  |

Wykonawca oświadcza, że oferowane urządzenie jest fabrycznie nowe, wolne od wad fizycznych i prawnych i objęta gwarancją producenta oraz spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 roku, poz. 186), jest zgodne z międzynarodowymi normami bezpieczeństwa EN i posiada deklarację CE.

Wykonawca oświadcza również, że urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji. Jednocześnie oświadczamy, iż oferowany przedmiot zamówienia gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

*.............................................................*

(podpis osoby upoważnionej do

reprezentowania Wykonawcy)

**POZYCJA Nr 3 – Tablice przyłóżkowe na karty gorączkowe - 15 szt. (oddz. III)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYPEŁNIA WYKONAWCA:**  Nazwa przedmiotu zamówienia: …………………………………………………………….……………………………..….  Producent/kraj pochodzenia……………………………………….…………………………………..………..………………  typ/model/seria…………………………….………………...……Rok produkcji ………………………(co najmniej 2020) | | | |
| **L.p.** | **Opis parametrów** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Układ poziomy A4 | TAK |  |
| 2. | Wymiar zewn.: 325 x 205 mm | TAK |  |
| 3. | Wykonana z PCV | TAK |  |
| 4. | Szczelina do wsuwania karty ok. 6mm | TAK |  |
| 5. | Wykonana z materiału posiadającego atest higieniczny | TAK |  |
| 6. | Odporna na działanie promieni UV | TAK |  |
| 7. | Łatwo zmywalna, nie brudząca się | TAK |  |
| 8. | Nie uszkadzająca i nie rysująca szczytów łóżek | TAK |  |
| 9. | Pasująca do wszystkich rodzajów kart gorączkowych | TAK |  |
| 10. | Uwzględniająca ochronę danych pacjenta | TAK |  |

Wykonawca oświadcza, że oferowane urządzenie jest fabrycznie nowe, wolne od wad fizycznych i prawnych i objęta gwarancją producenta oraz spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 roku, poz. 186), jest zgodne z międzynarodowymi normami bezpieczeństwa EN i posiada deklarację CE.

Wykonawca oświadcza również, że urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

*.............................................................*

(podpis osoby upoważnionej do

reprezentowania Wykonawcy)

**POZYCJA Nr 4 – Szafka przyłóżkowa - 35 szt. (oddz. II, III)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYPEŁNIA WYKONAWCA:**  Nazwa przedmiotu zamówienia: …………………………………………………………….……………………………..….  Producent/kraj pochodzenia……………………………………….…………………………………..………..………………  typ/model/seria…………………………….………………...……Rok produkcji ………………………(co najmniej 2020) | | | |
| **L.p.** | **Opis parametrów** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Z blachy stalowej, malowanej proszkowo | TAK |  |
| 2. | Z szufladą na prowadnicach rolkowych oraz drzwiczki zamykane z zatrzaskiem magnetycznym | TAK |  |
| 3. | Blat boczny o wymiarach 550x340 mm z regulowaną wysokością 900-1030 mm. | TAK |  |
| 4. | Odporna na dezynfekcje i ścieranie. | TAK |  |
| 5. | Na 4 kółkach w tym 2 z blokadą | TAK |  |

Wykonawca oświadcza, że oferowane urządzenie jest fabrycznie nowe, wolne od wad fizycznych i prawnych i objęta gwarancją producenta oraz spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 roku, poz. 186), jest zgodne z międzynarodowymi normami bezpieczeństwa EN i posiada deklarację CE.

Wykonawca oświadcza również, że urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji. Jednocześnie oświadczamy, iż oferowany przedmiot zamówienia gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

*.............................................................*

(podpis osoby upoważnionej do

reprezentowania Wykonawcy)