**Zał. 1A-8 do SWZ**

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część nr 8 – Wózek transportowy**

**„Zakup sprzętu medycznego, łóżek i wyposażenia dla SOR Szpitala Powiatowego w Nowym Tomyślu”**

**Nr postępowania: SPZOZ.DZP.241.10.24**

Zamówienie realizowane w ramach zadania pn.:

**„Doposażenie SOR Szpitala w Nowym Tomyślu i pracowni diagnostycznych współpracujących z SOR jako istotny element poprawy działania systemu ratownictwa medycznego w Powiecie Nowotomyskim”**

zakup finansowany z dotacji celowej ze środków Funduszu Medycznego w ramach programu: „Program inwestycyjny modernizacji podmiotów leczniczych”.

Przedmiotem zamówienia jest dostawa wyposażenia oddziału: wózek transportowy (1 szt). Oferowany sprzęt medyczny musi być zgodny z Dyrektywą 93/42 /EEC oraz musi spełniać wymagania określone w Ustawie o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. (DZ.U. z 2022 poz. 974 ze zm). Zamawiający wymaga by oferowany sprzęt medyczny był **fabrycznie nowy, nie eksploatowany, rok produkcji: nie wcześniej niż 2024** r.

**Nazwy i kody określone we Wspólnym Słowniku Zamówień: (CPV):**

33100000-1 Urządzenia medyczne,

33192100-3 Łóżka do użytku medycznego

33193100-0 Pojazdy inwalidzkie i wózki inwalidzkie

W poniższej części Załącznika „**1A-8**” do SWZ Zamawiający podał warunki graniczne parametrów przez siebie wymaganych dla oferowanego sprzętu. Wykonawca składając ofertę jest zobowiązany wypełnić:

* kolumnę zatytułowaną „**Potwierdzenie spełnienia parametru (tak / nie)**” wpisując we właściwych pozycjach odpowiednio słowo: „TAK” albo „NIE”,
* kolumnę zatytułowaną „**Oferowana wartość parametru**”**.**

W przypadku użycia w opisie parametrów minimalnych czy też opcjonalnych nazwy własnej lub nazwy rozwiązania przypisanej ściśle jednemu producentowi Zamawiający dopuszcza rozwiązanie równoważne.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry minimalne** | **Potwierdzenie spełnienia parametru (tak / nie)** | **Oferowana wartość parametru** |
| **I** | **Wózek transportowy (1 szt.)**  podać producenta model/typ, rok produkcji oferowanego wózka |  | **………..** |
|  | Wózek przeznaczony do przewożenia pacjentów w pozycji siedzącej |  |  |
|  | Konstrukcja wózka wykonana ze stali lakierowanej proszkowo w kolorze białym. |  |  |
|  | Wyprofilowane siedzisko oraz oparcie wózka wykonane w formie jednolitego odlewu, zaokrąglone (bez ostrych krawędzi i rogów) ze zmywalnego, wytłoczonego tworzywa sztucznego bez szwów i łączeń, o gładkiej powierzchni łatwej do dezynfekcji lub siedzisko wykonane z miękkiej poliuretanowej pianki |  |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie min. 220 kg (podać) |  |  |
|  | Długość całkowita wózka: 100cm ±3cm (podać) |  |  |
|  | Szerokość całkowita wózka: 70cm ±2cm (podać) |  |  |
|  | Wysokość wózka bez stojaka na kroplówki: 114 ±2cm (podać) |  |  |
|  | Wysokość wózka ze stojakiem na kroplówki: 185 ±2cm (podać) |  |  |
|  | Szerokość siedziska: 54 ±2cm (podać) |  |  |
|  | Wysokość siedziska od podłoża: 53cm ±2cm (podać) |  |  |
|  | Wysokość siedziska od podnóżków: 38cm ±2cm (podać) |  |  |
|  | Możliwość mycia ciśnieniowego ramy wózka  **Parametr punktowany:**  **Tak – 10 pkt**  **Nie - 0 pkt** |  |  |
|  | Wyprofilowane rączki do prowadzenia wózka w pozycji pionowej, powlekane materiałem antypoślizgowym umożliwiające personelowi ustawienie łokci pod ergonomicznym kątem 90° podczas transportu niezależnie od wzrostu prowadzącego wózek  **Parametr punktowany:**  **Tak – 10 pkt**  **Nie - 0 pkt** |  |  |
|  | Wózek wyposażony w duże pełne koła tylne o średnicy co najmniej 30 cm zwiększające manewrowość wózka, koła bez widocznej metalowej osi obrotu zaopatrzone w całkowite osłony zabezpieczające mechanizm kół przed zanieczyszczeniem oraz koła przednie skrętne o średnicy co najmniej 12 cm (podać) |  |  |
|  | Wózek wyposażony w centralny hamulec nożny uruchamiany jednym dotknięciem stopy (nie dopuszcza się wózka transportowego z funkcją hamulca z regulacją na kołach) |  |  |
|  | Wózek wyposażony w 2 przyciski funkcyjne nożne, usytuowane z tyłu wózka centralnie: hamulec i jazda kierunkowa. |  |  |
|  | Odchylane i wyprofilowane podłokietniki zapewniające wyższy i dłuższy punkt podparcia dla pacjenta ułatwiające wsiadanie oraz zsiadanie z wózka. Podłokietniki odchylane poza oparcie pleców zapewniające lepszy dostęp do pacjenta |  |  |
|  | Jednokolorowe punkty aktywacyjne wskazujące wszystkie elementy ruchome wózka, nieodłączalne, znacząco ułatwiające obsługę wózka. |  |  |
|  | Automatycznie składane podnóżki z funkcją odwodzenia na boki zmniejszające ryzyko potknięcia i zwiększające dostęp do pacjenta.  **Parametr punktowany:**  **Tak – 10 pkt**  **Nie - 0 pkt** |  |  |
|  | Podnóżki powlekane wyprofilowanym materiałem antypoślizgowym. Wypustki w podnóżkach obsługiwane stopą umożliwiające personelowi umieszczenie pacjenta w wózek bez zbędnego schylania się i dotykania podnóżków |  |  |
|  | Kółka przeciwwywrotne wbudowane w ramę wózka zwiększające stabilność i bezpieczeństwo pacjenta i personelu.  **Parametr punktowany:**  **Tak – 10 pkt**  **Nie - 0 pkt** |  |  |
|  | Sztywna rama umożliwiająca wsuwanie jednego wózka w drugi. |  |  |
|  | Uchwyt na kartę montowany za oparciem wózka. Otwarta konstrukcja ułatwiająca czyszczenie uchwytu. |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o chromowany lub stalowy stojak na kroplówki montowany na stałe, nieskładany. Załączona okrągła końcówka stojaka z min. 5 haczykami. Końcówka z haczykami dostępna w min. 6 kolorach umożliwiających identyfikacje na oddziałach. |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o uchwyt na butlę z tlenem, montowany za siedziskiem wózka |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o dwie niezależne podpórki pod łydki składane pod siedzisko, samoblokujące się, zwalniane dźwigniami ręcznymi. |  |  |
|  | **Wymagania ogólne:** |  |  |
|  | Okres gwarancji na sprzęt i wyposażenie min. **24 miesiące** (podać oferowany okres gwarancji) |  |  |
|  | Zaoferowane urządzenie jest fabrycznie nowe i gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów czy inwestycji. |  |  |
|  | Instalacja sprzętu przez autoryzowany serwis producenta/ autoryzowanego dystrybutora |  |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny - podać adres |  |  |
|  | Zalecana przez Producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie:  - trwania gwarancji,  - po gwarancji. (podać) |  |  |
|  | W przypadku gdy producent sprzętu wymaga wykonywania przeglądów okresowych – w okresie gwarancyjnym przeglądy zgodnie z wymogami określonymi przez producenta sprzętu |  |  |
|  | Sposób dezynfekcji sprzętu (Opisać i podać proponowane środki dezynfekcyjne) |  | …………….. |
|  | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48 h) w dni robocze (od pn-pt z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) |  |  |
|  | Czas naprawy nie wymagający sprowadzenia części zamiennych max 3 dni robocze |  |  |
|  | Czas naprawy wymagający sprowadzenia części zamiennych max 7 dni robocze |  |  |
|  | Gwarancja na wymieniony element/ podzespół na okres, na jaki gwarancji udzieli producent wymienionego elementu/podzespołu albo do upływu terminu gwarancji na całe urządzenie, w zależności, który termin upłynie później. |  |  |
|  | Liczba napraw gwarancyjnych tego samego podzespołu/elementu uprawniająca do wymiany podzespołu/elementu na nowy - maksymalnie 3 |  |  |
|  | Gwarancja obejmuje wszystkie koszty związane z przeglądami, dojazdem i usunięciem usterki |  |  |
|  | Deklaracja zgodności oznaczona znakiem CE -dołączyć do oferty |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim (przy dostawie) |  |  |
|  | Gwarancja produkcji części zamiennych minimum 7 lat |  |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego z zasad eksploatacji i obsługi urządzeń w miejscu użytkowania sprzętu potwierdzone protokołem |  |  |

**Maksymalna suma punktów wynosi 40 pkt.**

Liczba przyznanych punktów za zaoferowane parametry służyć będzie ocenie w kryterium Jakość (parametry techniczno-funkcjonalne).

**Uwaga!**

Parametry wskazane w kolumnie "Wymagane parametry minimalne" są parametrami granicznymi, co oznacza że niespełnienie któregokolwiek wymaganego parametru opisującego przedmiot zamówienia spowoduje odrzucenie oferty. **Brak odpowiedzi w kolumnie „tak/nie” będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanym przedmiocie zamówienia**.

W przypadku, gdy Zamawiający określił dany parametr jako punktowany, oznacza to, że za jego spełnienie (zaoferowanie) oferta Wykonawcy otrzyma wskazaną liczbę punktów, które służyć będą ocenie oferty w kryterium **Jakość (parametry techniczno-funkcjonalne)**. Za brak spełnienia tego parametru Zamawiający przyzna ofercie 0 pkt za ten parametr.

W przypadku, gdy w ramach danego parametru określony został minimalny poziom spełnienia, a punktacja określona została w przypadku zaoferowania parametru lepszego niż minimalnie wymagany:

* w przypadku, gdy oferta nie spełni minimalnego poziomu – to zostanie odrzucona,
* gdy Wykonawca zaoferuje parametr na wymaganym poziomie, ale niższym niż poziom za który określono przyznanie punktów – oferta otrzyma 0 pkt w kryterium oceny ofert „Jakość”;
* Gdy Wykonawca zaoferuje parametr „lepszy” zgodnie z opisem oceny – Zamawiający przyzna za dany parametr punkty określone dla danego parametru.
* Jeśli Wykonawca nie poda wartości oferowanej dla parametru ocenianego a jedynie potwierdzi spełnienie danego parametru (wpisze: tak) – Zamawiający uzna, że Wykonawca zaoferował dany parametr na minimalnym wymaganym poziomie i przyzna 0 pkt w kryterium oceny ofert „Jakość”

Treść oświadczenia wykonawcy:

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania postępowania do dostarczenia przedmiotu zamówienia spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Ww. przedmiot zamówienia zobowiązujemy się dostarczyć za następującą cenę:

**Formularz asortymentowo-cenowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa** | **j.m** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto (zł)** | **Stawka VAT (%)** | **Wartość brutto (zł)** |
| kol. D x kol. E | (kol. F x kol. G%) + kol. F |
| *A* | *B* | *C* | *D* | *E* | *F* | *G* | *H* |
|  | **Wózek transportowy** | szt | **1** |  |  | **8** |  |
| **RAZEM** | | | | |  |  |  |

**Uwaga! Niniejszy załącznik stanowi integralną część oferty i nie podlega uzupełnieniu.**

**Dokument winien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym**