

Pakiet nr I. MEBLE MEDYCZNE**1. ŁÓŻKO REHABILITACYJNE ZLEŻEM 2 – SEGMENTOWYM - 21 sztuk.****Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

Nazwa/ typ urządzenia fabrycznie nowego:.....

Kraj pochodzenia:.....

Producent:.....

Siedziba Producenta:.....

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
WYMAGANIA OGÓLNE			
1.	Nazwa oferowanego urządzenia: Producent: Typ:	TAK	
2.	Konstrukcja łóżka ramowa, wykonana z kształowników stalowych o wymiarach min. 4 x 3 cm, pokrytych lakierem proszkowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV	TAK PODAĆ	
3.	Wymiary zewnętrzne łóżka: – Długość całkowita: 2100 mm, (+/- 50 mm) – Szerokość całkowita: 900 mm, (+/- 50 mm) wraz z zamontowanymi barierkami – Wymiary leża 2000mm x 900mm	TAK PODAĆ	
4.	W narożnikach leża 4 krążki odbojowe, chroniące łóżko i ściany przed uderzeniami oraz otarciami,	TAK	
6.	Szczyty łóżka chromowane, łatwo odejmowane, wypełnione wysokiej jakości płytą HPL, odporną na działanie wysokiej temperatury, uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV. Wypełnienie szczytów wyjmowane bez użycia narzędzi.	TAK	
7.	Leże łóżka 2 segmentowe w tym oparcie pleców unoszone	TAK	
8.	Segmenty leża wypełnione odejmowaną siatką pokrytą lakierem proszkowym	TAK	
10.	W narożnikach leża tuleje do mocowania wieszaka kroplówki oraz wysięgnika z uchwytem do ręki	TAK	
11.	Wysokość leża od podłoża: 550 mm, (+/- 30 mm)	TAK PODAĆ	
12.	Regulacja kąta oparcia pleców, realizowana bezstopniowo, za pomocą sprężyny gazowej w zakresie: 0 – 75 ⁰ (+/- 5 ⁰)	TAK PODAĆ	
14.	Regulacja segmentu oparcia pleców wykonywana za pomocą dźwigni umieszczonej pod ramą leża, w miejscu łatwego dostępu dla leżącego pacjenta, czytelnie oznaczona	TAK	
15.	Podstawa łóżka wzmocniona poprzeczkami łączącymi nogi; jezdna, wyposażona w 4 koła o średnicy min. 125 mm w tym 2 koła z indywidualną blokadą jazdy i obrotu, boki kół osłonięte tworzywowymi osłonami.	TAK PODAĆ	
17.	Możliwość montażu barierki bocznej, ramy wyciągowej. Rama leża wyposażona w uchwyty zabezpieczające materac przed przesuwaniem	TAK	

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
18.	<ul style="list-style-type: none"> • Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE, • WPIS do Rejestru Wyrobów Medycznych • Certyfikat ISO 9001:2000 lub równoważny potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiami • Certyfikat ISO 13485:2003 potwierdzający, że producent wdrożył i utrzymuje system zarządzania jakością dla wyrobów medycznych 	TAK	
19.	Szkolenie obsługi, szkolenie personelu technicznego przy odbiorze technicznym produktów	TAK	
20.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK PODAĆ	
21.	W czasie gwarancji darmowe okresowe przeglądy techniczne, jeżeli są wymagane.	TAK	
22.	W przypadku 3 naprawy głównej wymiana wadliwego egzemplarza na nowy, wolny od wad	TAK	
23.	Gwarancja dostępności usług serwisowych minimum 5 dni w tygodniu	TAK PODAĆ	
24.	W okresie gwarancji dostarczenie sprzętu zastępczego w przypadku naprawy trwającej dłużej niż 7 dni	TAK	
25.	Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat	TAK	
26.	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
27.	Czas reakcji serwisu max. 24 godz.	TAK	
28.	Możliwość wyboru kolorów wypełnień szczytów	TAK PODAĆ	

UWAGA! Niespełnienie któregokolwiek z wyżej wymienionych parametrów, lub brak dowodu na jego istnienie skutkować będzie odrzuceniem oferty.

2. SZAFKA PRZYŁÓŻKOWA - 21 sztuk.**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

Nazwa/ typ urządzenia fabrycznie nowego:.....

Kraj pochodzenia:.....

Producent:.....

Siedziba Producenta:.....

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
WYMAGANIA OGÓLNE			
1	Nazwa oferowanego urządzenia: Producent: Typ:	PODAĆ	
2	Szkielet szafki wykonany z profili stalowych oraz blachy ocynkowanej, pokrytej lakierem proszkowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne i promieniowanie UV	TAK	
3	Drzwi szafki oraz szuflada pokryte lakierem proszkowym, możliwość wyboru kolorów z palety	TAK	
4	Blat szafki wykonany z płyty meblowej, z możliwością wyboru kolorów zakończony tworzywową obramówką	TAK	
5	Szerokość całkowita szafki: 400 mm (+/-20 mm)	TAK PODAĆ	
6	Wysokość całkowita szafki: 830 mm (+/-20 mm)	TAK PODAĆ	
7	Głębokość szafki: 410 mm (+/- 20 mm)	TAK PODAĆ	
8	Szuflada wysuwana na prowadnicach rolkowych z wyjmowanym wkładem tworzywowym	TAK	
9	Szafka wyposażona w haczyki do zawieszania ręczników	TAK	
10	Szafka wyposażona w półkę do odkładania obuwia lub pojemników urologicznych wykonana z siatki stalowej pokrytej lakierem proszkowym. Półka wyprofilowana zabezpieczająca przed wypadnięciem przedmiotów .	TAK	
11	Szafka z możliwością montażu w późniejszym czasie dodatkowego blatu bocznego bez konieczności dokonywania przeróbek konstrukcyjno-technologicznych, oraz z możliwością zamiany stron montażu blatu bocznego, i kierunku otwierania się drzwi półki (ustawienie prawo i lewostronne); tworzywowe podwójne koła, nie brudzące podłoża koła,	TAK	
12	Szafka przejezdna Podstawa szafki wyposażona min. w cztery koła tworzywowe o średnicy min 50mm, bieżnik kół wykonany z tworzywa niebrudzącego powierzchni	TAK	
13	Szafka wyposażona w kosz na butelki zamontowany z boku szafki z możliwością w późniejszym czasie zamiany stron montażu kosza (ustawienie prawo i lewostronne)	TAK	
14	<ul style="list-style-type: none"> • Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE, • WPIS do Rejestru Wyrobów Medycznych • Certyfikat ISO 9001:2000 lub równoważny potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiami • Certyfikat ISO 13485:2003 potwierdzający, że producent 	TAK	

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
	wdrożył i utrzymuje system zarządzania jakością dla wyrobów medycznych		
15	Szkolenie obsługi, szkolenie personelu technicznego w momencie dostarczenia produktów	TAK	
16	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK PODAĆ	
17	Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat	TAK	
18	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
19	W przypadku 3 naprawy głównej wymiana wadliwego egzemplarza na nowy, wolny od wad	TAK	
20	Gwarancja dostępności usług serwisowych minimum 5 dni w tygodniu	TAK PODAĆ	
21	W okresie gwarancji dostarczenie sprzętu zastępczego w przypadku naprawy trwającej dłużej niż 7 dni	TAK	

UWAGA! Niespełnienie któregokolwiek z wyżej wymienionych parametrów, lub brak dowodu na jego istnienie skutkować będzie odrzuceniem oferty.

3. MATERACE – 21 sztuk**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

Nazwa/ typ urządzenia fabrycznie nowego:.....

Kraj pochodzenia:.....

Producent:.....

Siedziba Producenta:.....

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
WYMAGANIA OGÓLNE			
1.	Nazwa oferowanego urządzenia: Producent: Typ:	TAK	
2.	Materac (gąbka o gęstości min T-35 w pokrowcu z tkaniny. Osłona o wymiarach 200 x 90 x 10 z zamkiem błyskawicznym min. z 2 stron(zapięcie w kształcie „L”), chroniąca cały materac, wykonana z włókna tekstylnego, pokrytego czystym przepuszczającym parę wodną poliuretanem, bez PVC. Osłona na materac powinna być odporna na przemakanie, zanieczyszczenia (wydaliny i wydzieliny organiczne), przenikanie mikroorganizmów, wytrzymała, elastyczna odporna na ścieranie. Łatwa do dezynfekcji i prania , nie zmieniająca swych parametrów pod wpływem środków chemicznych (wytrzymałość na alkohole, środki czyszczące, środki dezynfekcyjne, oleje i smary zawartość formaldehydu) i wysokie temperatury (pranie na gorąco 95 ° C, suszenie w bębnie – 120°C)	TAK PODAĆ	
3.	<ul style="list-style-type: none"> • Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE, • WPIS do Rejestru Wyrobów Medycznych • Pokrowiec materaca lub tkanina z której jest wykonany winien posiadać Opinię laboratoryjną potwierdzającą właściwości nieprzepuszczalności drobnoustrojów wydaną przez uprawniony do tego podmiot. • Certyfikat ISO 9001:2000 lub równoważny potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiami • Certyfikat ISO 13485:2003 potwierdzający, że producent wdrożył i utrzymuje system zarządzania jakością dla wyrobów medycznych 	TAK	
4.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK PODAĆ	
5.	W czasie gwarancji darmowe okresowe przeglądy techniczne, jeżeli są wymagane.	TAK	
6.	W przypadku 3 naprawy głównej wymiana wadliwego egzemplarza na nowy, wolny od wad	TAK	
7.	Czas reakcji serwisu 24 godz.	TAK	
8.	Gwarancja dostępności usług serwisowych minimum 5 dni w tygodniu	TAK PODAĆ	
9.	W okresie gwarancji dostarczenie sprzętu zastępczego w przypadku naprawy trwającej dłużej niż 7 dni	TAK	

UWAGA! Niespełnienie któregokolwiek z wyżej wymienionych parametrów, lub brak dowodu na jego istnienie skutkować będzie odrzuceniem oferty.

4. Barierka przyłóżkowa – 20 sztuk**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

Nazwa/ typ urządzenia fabrycznie nowego:.....

Kraj pochodzenia:.....

Producent:.....

Siedziba Producenta:.....

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1	Barierka składana na ramę leża, nie wystająca poza obrys ramy leża, składająca się z minimum pięciu poprzeczek połączonych wspólną poręczą	TAK	
2	Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE	TAK	
3	Szkolenie obsługi, szkolenie personelu technicznego przy odbiorze technicznym produktów	TAK	
4	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK PODAĆ	
5	Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat	TAK	
6	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
7	Czas reakcji serwisu max. 24 godz.	TAK	
8	Gwarancja dostępności usług serwisowych minimum 5 dni w tygodniu	TAK PODAĆ	
9	W przypadku 3 naprawy głównej wymiana wadliwego egzemplarza na nowy, wolny od wad	TAK	
10	W okresie gwarancji dostarczenie sprzętu zastępczego w przypadku naprawy trwającej dłużej niż 7 dni	TAK	

UWAGA! Niespełnienie któregokolwiek z wyżej wymienionych parametrów, lub brak dowodu na jego istnienie skutkować będzie odrzuceniem oferty.

10. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia mebli medycznych spełniających wyspecyfikowane parametry.
11. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza typowymi, znormalizowanymi materiałami eksploatacyjnymi i przygotowaniem adaptacyjnym pomieszczenia).

....., dn.

.....

miejsowość

pieczęć i podpis osoby(osób) uprawnionej(nych)
do reprezentowania Wykonawcy