Znak sprawy: SOZ.383.50.2022 Załącznik Nr 2 do SWZ

**Formularz parametrów technicznych i użytkowych**

**Zadanie Nr 1 - Fotele do sal chemioterapii jednodniowej - 10 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYPEŁNIA WYKONAWCA:**  Nazwa przedmiotu zamówienia: …………………………………………………………….……………………………..….  Producent/kraj pochodzenia……………………………………….…………………………………..………..………………  typ/model/seria…………………………….………………...……Rok produkcji ………………………(co najmniej 2022) | | | |
| **L.p.** | **Opis parametrów** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | Podstawa fotela wykonana ze stali malowanej farbą proszkową w kolorze białym | TAK |  |
|  | Tapicerka bezszwowa, skóropodobna | TAK |  |
|  | Wysokość regulowana za pomocą pilota ręcznego | TAK |  |
|  | Oparcie regulowane za pomocą sprężyn gazowych | TAK |  |
|  | Podnóżek regulowany za pomocą sprężyn gazowych | TAK |  |
|  | Regulowane podłokietniki | TAK |  |
|  | Wieszak na podkład w rolce | TAK |  |
|  | Stojak kroplówki | TAK |  |
|  | Półka boczna | TAK |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie: min. 150 kg | TAK |  |
|  | Regulacja kąta nachylenia podnóżka: od 0° do 25° | TAK |  |
|  | Regulacja kąta podłokietników (w poziomie): 180° | TAK |  |
|  | Regulacja kąta oparcia: 0° do 70° (± 5°) | TAK |  |
|  | Szkolenie personelu Zamawiającego | TAK |  |

Wykonawca oświadcza, że oferowane fotele do sal chemioterapii jednodniowej są fabrycznie nowe, wolne od wad fizycznych i prawnych i są objęte gwarancją producenta, spełniają wymagania określone w ustawie z dnia 7 kwietnia 2022 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2022 roku, poz. 974), 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, a także gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

................................................................................

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

**Zadanie Nr 2 – Stolik zabiegowy - 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYPEŁNIA WYKONAWCA:**  Nazwa przedmiotu zamówienia: …………………………………………………………….……………………………..….  Producent/kraj pochodzenia……………………………………….…………………………………..………..………………  typ/model/seria…………………………….………………...……Rok produkcji ………………………(co najmniej 2022) | | | |
| **L.p.** | **Opis parametrów** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Stelaż stolika w kolorze białym, lakierowany farbą proszkową | TAK |  |
| 2. | 1 wysuwana szuflada na prowadnicach rolkowych | TAK |  |
| 3. | 2 wyjmowane nierdzewne tace | TAK |  |
| 4. | 4 kółka jezdne, w tym dwa z blokadą | TAK |  |
| 5. | Wymiary stolika: 750 mm x 800 mm x 450 mm (±50mm) | TAK |  |

Wykonawca oświadcza, że oferowany stolik zabiegowy jest fabrycznie nowy, wolny od wad fizycznych i prawnych i objęty gwarancją producenta oraz spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 7 kwietnia 2022 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2022 roku, poz. 974), zgodne z międzynarodowymi normami bezpieczeństwa EN i posiada deklarację CE.

Wykonawca oświadcza również, że oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji, a także gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

................................................................................

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

**Zadanie Nr 3 - Urządzenie do krioterapii zimnym powietrzem- 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYPEŁNIA WYKONAWCA:**  Nazwa przedmiotu zamówienia: …………………………………………………………….……………………………..….  Producent/kraj pochodzenia……………………………………….…………………………………..………..………………  typ/model/seria…………………………….………………...……Rok produkcji ………………………(co najmniej 2022) | | | |
| **L.p.** | **Opis parametrów** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Nazwa handlowa, model, producent | PODAĆ |  |
| 2. | Maksymalne ciśnienie czynnika 2 MPa | TAK |  |
| 3. | Temperatura wymiennika do -35°C | TAK |  |
| 4. | Regulacja nadmuchu min. 6 poziomów od 0 do 670 l/min | TAK |  |
| 5. | Temperatura wylatującego powietrza do -10°C | TAK |  |
| 6. | Urządzenie na 4 kółkach z hamulcem | TAK |  |
| 7. | Długość przewodu roboczego min. 1800 mm | TAK |  |
| 8. | Menu w języku polskim | TAK |  |
| 9. | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej | TAK |  |
| 10. | Gwarancja produkcji części zamiennych minimum 5 lat | TAK |  |
| 11. | Czas na naprawę usterki – do 7 dni, a w przypadku potrzeby sprowadzenia części zamiennych do - 14 dni (dotyczy dni roboczych) | TAK |  |
| 12. | Urządzenie zastępcze w przypadku niewykonania naprawy w ciągu 14 dni od zgłoszenia awarii | TAK |  |
| 13. | W ramach ceny: przeglądy w okresie gwarancji (zgodnie z wymogami producenta, nie mniej niż 1 rocznie) | TAK |  |
| 14. | Wraz z dostawą komplet materiałów dotyczących instalacji urządzenia | TAK |  |
| 15. | Szkolenie personelu Zamawiającego | TAK |  |

Wykonawca oświadcza, że oferowane urządzenie do krioterapii jest fabrycznie nowe, wolne od wad fizycznych i prawnych i objęte gwarancją producenta oraz spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 7 kwietnia 2022 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2022 roku, poz. 974), zgodne z międzynarodowymi normami bezpieczeństwa EN i posiada deklarację CE.

Wykonawca oświadcza również, że oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji, a także gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

................................................................................

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

**Zadanie Nr 4 – Szafa lekarska - 3 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYPEŁNIA WYKONAWCA:**  Nazwa przedmiotu zamówienia: …………………………………………………………….……………………………..….  Producent/kraj pochodzenia……………………………………….…………………………………..………..………………  typ/model/seria…………………………….………………...……Rok produkcji ………………………(co najmniej 2022) | | | |
| **L.p.** | **Opis parametrów** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Szafa lekarska z podziałem poziomym,  front: drzwi przeszklone (góra) + drzwi  pełne (dół) | TAK |  |
| 2. | Wymiary: 1950 mm x 510 mm x 550 mm (±50mm) |  |  |
| 3. | Wyposażenie:  3 x półka w części górnej  1 x półka w części dolnej  2 x zamek do drzwi | TAK |  |
| 4**.** | Stelaż z zamkniętych profili aluminiowych i złączek abs, anodowany lub lakierowany proszkowo | TAK |  |
| 5 | Szyba frontowa umieszczona w aluminiowej ramie | TAK |  |
| 6. | Wypełnienie z płyty meblowej obustronnie laminowanej | TAK |  |
| 7. | Półka z płyty meblowej obustronnie laminowanej | TAK |  |
| 8. | Wysokość nóżek: 100 mm (± 50mm) z możliwością wypoziomowania | TAK |  |

Wykonawca oświadcza, że oferowana szafa lekarska jest fabrycznie nowa, wolna od wad fizycznych i prawnych i objęta gwarancją producenta oraz spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 7 kwietnia 2022 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2022 roku, poz. 974), zgodne z międzynarodowymi normami bezpieczeństwa EN i posiada deklarację CE.

Wykonawca oświadcza również, że przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

................................................................................

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy