**DZP.2612.8.2024**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA –**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW JAKIE MUSI**

**SPEŁNIAĆ OFEROWANY PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**

|  |  |
| --- | --- |
|  | wpisać: |
| Przedmiot zamówienia: | **Szafka przyłóżkowa - 40 sztuk** |
| Producent/Firma | ……………………………………………………………………………………………………………………… |
| Kraj pochodzenia | ……………………………………………………………………………………………………………….…….. |
| Rok produkcji: | **Szafki** **przyłóżkowe fabrycznie nowe** |
| Nazwa | ……………………………………………………………………………………………………………………… |
| Typ: | ……………………………………………………………………………………………………………………… |
| Model: | ………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Ilość zamawiana: | **40 sztuk** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS / PARAMETRY WYMAGANE** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane /podać zakresy lub opisać** |
| 1 | Technologia wykonania tworzywo sztuczne lub płyta HPL | Tak |  |
| 2 | Wymiary (wys. szer. gł.) około 760x480x480 | Tak |  |
| 3 | Szafka wyposażona w blat górny, wysuwaną szufladę, zamykaną półkę | TAK |  |
| 4 | Dodatkowy blat ułatwiający karmienie | Tak |  |
| 5 | Szafka wyposażona w uchwyt na ręczniki | Tak |  |
| 6 | Szafka wyposażona w 4 mobilne koła w tym 2 blokowane. | Tak |  |
| 7 | Powierzchnia odporna na środki dezynfekcyjne używane w służbie zdrowia - zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26.03.2019r. | Tak |  |

**Uwaga! Wszystkie elementy przedmiotu zamówienia muszą posiadać certyfikat CE lub deklarację zgodności ze znakiem CE wystawioną przez producentów. Parametry podane w powyższej tabeli w rubryce „Opis parametru” stanowią warunek, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. W kolumnie „Parametry oferowane, należy opisać parametr oferowany. Brak opisu w tej kolumnie, będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanym urządzeniu.**

**Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane, urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.**

**Oferowane warunki gwarancji i serwisu dla przedmiotu zamówienia.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **WARUNKI GWARANCJI I SERWISU** | | | | | Parametry oferowane |  | |
| 1 | Pełna gwarancja ( bez wyłączeń ) na dostarczony sprzęt (liczone od daty odbioru przedmiotu umowy ) | | ≥24 | Min wymagany przez Zamawiającego okres udzielonej gwarancji wynosi **24 miesiące**  Maksymalny okres udzielonej gwarancji brany do oceny oferty wynosi **48 miesięcy – należy podać w formularzu ofertowym!!** |  |  | |
|  |  |  | |
| Bez oceny |  |  | |
| Bez oceny |  |  | |
| 2 | Czas reakcji na podjęcie czynności serwisowych(rozumiane jako kontakt telefoniczny lub rozpoczęcie interwencji zdalnej), [godz. w dni robocze] | | Tak ≤ 48 godz, podać | Bez oceny |  |  | |
| 3 | Czas na usuniecie awarii(rozumiane jako przywrócenie pierwotnej funkcjonalności) ≤ 96 godz. w dni robocze. | | Tak ≤ 96 | Bez oceny |  |  | |
| 4 | Gwarancja 10–letniego dostępu do części zamiennych, materiałów eksploatacyjnych | | Tak |  |  |  | |
| 5 | Sposób przyjmowania zgłoszeń o awariach w okresie trwania umowy gwarancyjnej i pogwarancyjnej. | | Tak |  |  |  | |
| 6 | Godziny i sposób przyjmowania zgłoszeń o awariach | | Tak |  |  |  | |
| **CERTYFIKATY - WYMAGANIA DODATKOWE** | | | | |  |  |  |
| 1 | Zgłoszenie/powiadomienie/wniosek do Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub świadectwo CE lub deklaracja zgodności CE w klasie I | TAK |  | | |  | |
| 2 | Instrukcja obsługi i konserwacji w języku polskim | TAK |  | | |  | |

**Zaoferowane powyżej parametry wymagane muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty materiałach informacyjnych. Brak potwierdzenia parametrów spowoduje odrzucenie oferty.**

**Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane, urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.**