**Załącznik nr 1 – Opis przedmiotu zamówienia**

**Pakiet nr 1 – Fotel ginekologiczny wraz z videokolposkopem i monitorem LCD – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **PARAMETR/WARUNEK** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANEGO PARAMETRU, OPISAĆ** |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
| **I.** | **Fotel ginekologiczny wraz z videokolposkopem i monitorem LCD – 1 szt.** | | |
|  | Oferowany model/nazwa handlowa | TAK, podać |  |
|  | Producent | TAK, podać |  |
|  | Rok produkcji (nie starszy niż rok 2023) | TAK, podać |  |
|  | Produkt fabrycznie nowy, nieużywany do prezentacji, wyklucza się produkty demonstracyjne, rekondycjonowane itd. | TAK, podać |  |
|  | Fotel ginekologiczny z wbudowanym videokolposkopem i monitorem LCD. | TAK, podać |  |
|  | Fotel ginekologiczny o konstrukcji opartej na pojedynczej kolumnie obudowanej tworzywową osłoną uniemożliwiającą wnikanie zanieczyszczeń do środka. Podstawa fotela zabudowana z jednolitej wyprofilowanej płyty tworzywowej. | TAK, podać |  |
|  | Fotel wyposażony w podnóżki z podporami pod stopy wraz podkolannikami, umożliwiające pełne podparcie nóg w pozycji horyzontalnej, podpórki z zintegrowanymi uchwytami na dłonie. Regulacja w pionie elektryczna za pomocą pilota elektrycznego. Regulacja w poziomie manualna, regulacja pozioma jednej podpórki powoduje synchroniczny ruch drugiej, możliwość zablokowania regulacji w poziomie oraz ustawienia oporu. Łatwe rozkładanie lub całkowite zdejmowanie podnóżków ułatwia wsiadanie na fotel osobom na wózkach inwalidzkich. | TAK, podać |  |
|  | Fotel o wymiarach leża: szer. 650mm (+/-50mm), dł. 1800 mm (+/-50mm). | TAK, podać |  |
|  | Maksymalne obciążenie (maksymalna waga pacjenta) min. 180 kg | TAK, podać |  |
|  | Regulacje elektryczne uzyskiwane z pilota ręcznego oraz pilota nożnego zintegrowanego z fotelem, wbudowanego w podstawę fotela. | TAK, podać |  |
|  | Regulacja elektryczna wysokości siedziska w zakresie od 520mm do 1150 mm (+/-20 mm). | TAK, podać |  |
|  | Regulacja elektryczna oparcia pleców w zakresie od – 100 do + 500 (+/- 50). | TAK, podać |  |
|  | Regulacja elektryczna siedziska w zakresie od +50 do + 150 (+/- 50). | TAK, podać |  |
|  | Regulacja elektryczna podnóżków w zakresie od – 150 do + 200 (+/- 50). | TAK, podać |  |
|  | Funkcja bezpieczeństwa zatrzymująca regulacje elektryczne w przypadku osadzenia fotela na niewypoziomowanej powierzchni. | TAK, podać |  |
|  | Panel sterowania nożnego wbudowany w podstawę fotela: regulacja wysokości oraz kąta nachylenia pleców i podnóżków. | TAK, podać |  |
|  | Pilot przewodowy umożliwiający sterowanie:  - wysokością;  - synchroniczny ruch segmentu pleców i części nożnej;  - nachylenie segmentu nożnego;  - pozycja wejściowa na fotel;  - pozycja do badań;  - pozycja do badania USG, horyzontalna;  - pozycja antyszokowa (Trendelenburga), oznaczona kolorem czerwonym;  - przełączanie ustawień pomiędzy minimum 3 operatorów;  - przycisk STOP. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość ustawienia fotela za pomocą jednego przycisku na pilocie do pozycji:  - do wejścia na fotel;  - pozycji zabiegowej;  - pozycji do badania USG;  - pozycji antyszkowej (Trendelenburga). | TAK, podać |  |
|  | Możliwość zaprogramowania 3 dowolnych ustawień dla 3 operatorów za pomocą pilota przewodowego z czytelnym oznakowaniem jaka konfiguracja jest aktualnie używana. Jednorazowe naciśnięcie przycisku zaprogramowanej pozycji powoduje automatyczną zmianę pozycji. | TAK, podać |  |
|  | Fotel wyposażony w zintegrowany videokolposkop, posiadający następujące parametry i funkcje:  - przechowywany pod siedziskiem fotela i gotowy do natychmiastowego użycia;  - rozdzielczość FULL HD;  - oświetlenie LED videokolposkopu;  - dwa natężenia światła videokoloskopu;  - automatyczne / ręczne ustawianie ostrości;  - zoom optyczny 20×;  - filtr zieleni;  - filtr polaryzacyjny;  - zamrażanie obrazu;  - rejestrowanie zdjęć i filmów;  - bezprzewodowe przesyłanie zdjęć i filmów do komputera. | TAK, podać |  |
|  | Fotel wyposażony w zintegrowany monitor FULL HD LCD o przekątnej 21” | TAK, podać |  |
|  | Fotel wyposażony w:  - przystosowanie do Full HD;  - połączenie WLAN /LAN fotela z komputerem PC;  - HDMI IN /OUT;  - przewód FULL HD ready. | TAK, podać |  |
|  | Fotel wyposażony w akumulator zapas. ze wskaźnikiem naładowania. | TAK, podać |  |
|  | Fotel wyposażony w uchwyt prześcieradła papierowego umieszczony w pojemniku pod segmentem pleców. | TAK, podać |  |
|  | Fotel wyposażony w miskę z możliwością schowania pod siedziskiem. | TAK, podać |  |
|  | Fotel wyposażony w materace bezszwowe, zmywalne z możliwością wyboru spośród min. 4 kolorów tapicerki. | TAK, podać |  |
|  | Fotel wyposażony w podgłówek dla pacjentki. | TAK, podać |  |
|  | Fotel wyposażony w wysuwane za pomocą przycisku kółka, umożliwiające przemieszczanie fotela przez jedną osobę. | TAK, podać |  |
| **II. POZOSTAŁE WYMAGANIA** | | | | |
| 1. | Gwarancja minimum 24 miesięcy, od dnia dostawy potwierdzonej protokołem zdawczo-odbiorczym przedmiotu zamówienia w terminie uwzględniającym czas pracy personelu. | TAK, podać |  |
| 2. | Gwarancja obejmująca naprawy, konserwację, przeglądy wraz z materiałami w szczególności częściami zamiennymi i materiałami eksploatacyjnymi użytymi do napraw, przeglądów stanu technicznego, konserwacją, regulacją oraz praca i dojazd zespołu serwisowego w okresie gwarancyjnym obciążają Wykonawcę. Częstotliwość przeglądów okresowych zgodnie z zaleceniami producenta, lecz nie rzadziej niż 1 raz w roku (min. co 12 miesięcy, min. 2 przeglądy w ciągu 24 miesięcy). | TAK, podać |  |
| 3. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny.  Wpisać lub podać w formie załącznika ilość punktów serwisowych, nazwa serwisu, adres, nr telefonu, fax, adres e-mail. | TAK, podać |  |
| 4. | Czas oczekiwania na skuteczne usunięcie uszkodzenia (naprawa) wynosi:  a)nie wymagającej importu części nie dłużej niż 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia,  b)wymagającej importu części nie dłużej niż 14 dni roboczych od dnia zgłoszenia. | TAK, podać |  |
| 5. | Instrukcja obsługi w języku polskim dostarczana ze sprzętem oraz w formie elektronicznej. | TAK, podać |  |
| 6. | Szkolenie personelu medycznego i technicznego w terminie uwzględniającym czas pracy personelu obejmujące min.  - zasady obsługi;  - zalecenia dotyczące odpowiedniej konserwacji produktu, w tym informacje dotyczące części zamiennych podlegających wymianie, porady dotyczące utrzymania produktu w czystości;  - regulacji i dostrajania parametrów sprzętu związanych z wykorzystaniem energii elektrycznej (na przykład tryb czuwania) w celu zoptymalizowania zużycia energii. | TAK, podać |  |
| 7. | Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia wraz z dostawą przedmiotu zamówienia wypełnionych paszportów technicznych z informacjami zawierającymi datę zainstalowania i termin następnego przeglądu. | TAK, podać |  |
| 8. | Dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie RP zgodnie z Ustawą z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Wykonawca załączy do oferty ww. dokumenty). | TAK, podać |  |
| 9. | Dostępność części zamiennych oraz wyposażenia eksploatacyjnego min. 10 lat od daty uruchomienia. | TAK, podać |  |
| 10. | Czas dostawy maksymalnie 8 tygodni | TAK, podać |  |

**Oświadczam, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenia są fabrycznie nowe, nieużywane, wolne od wad technicznych, materiałowych, fizycznych i prawnych, zgodne   
z właściwymi normami i przepisami prawa, w tym w szczególności w zakresie dopuszczenia do obrotu i używania, zgodnie z ustawą z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych   
(Dz. U. 2022, poz. 974 z późn. zm.) i sposobem klasyfikowania na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 listopada 2010 r. w sprawie sposobu klasyfikowania wyrobów medycznych (Dz. U. 2010, Nr 215, poz. 1416 z późn. zm.), kompletne i po zainstalowaniu będą gotowe do podjęcia działalności leczniczej bez konieczności ponoszenia przez Zamawiającego żadnych dodatkowych nakładów finansowych, organizacyjnych i technicznych.**

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

Miejscowość, data Podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

**Pakiet nr 2 - Waga krzesełkowa z legalizacją – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **PARAMETR/WARUNEK** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANEGO PARAMETRU, OPISAĆ** |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
| **I.** | **Waga krzesełkowa z legalizacją – 1 szt.** | | |
|  | Oferowany model/nazwa handlowa | TAK, podać |  |
|  | Producent | TAK, podać |  |
|  | Rok produkcji (nie starszy niż rok 2023) | TAK, podać |  |
|  | Produkt fabrycznie nowy, nieużywany do prezentacji, wyklucza się produkty demonstracyjne, rekondycjonowane itd. | TAK, podać |  |
|  | Elektroniczna waga do ważenia pacjenta w pozycji siedzącej | TAK, podać |  |
|  | Waga posiada legalizację | TAK, podać |  |
|  | Maksymalne obciążenie min. 250 kg. | TAK, podać |  |
|  | Dokładność pomiaru min. 100 g w całym zakresie pomiaru. | TAK, podać |  |
|  | Wbudowany podświetlany wyświetlacz LCD. | TAK, podać |  |
|  | Funkcje: TARA, HOLD, automatyczne wyłączanie. | TAK, podać |  |
|  | Waga pozwala na obliczenie Body Mass Index | TAK, podać |  |
|  | Waga wyposażona w cztery koła skrętne z blokadą, składane podnóżki, uchylne podłokietniki. | TAK, podać |  |
|  | Siedzisko wykonane z tworzywa sztucznego, które można dezynfekować. | TAK, podać |  |
|  | Waga posiada możliwość składania. | TAK, podać |  |
|  | Zasilanie sieciowe i akumulatorowe. | TAK, podać |  |
| **II. POZOSTAŁE WYMAGANIA** | | | | |
| 1. | Gwarancja minimum 24 miesięcy, od dnia dostawy potwierdzonej protokołem zdawczo-odbiorczym przedmiotu zamówienia w terminie uwzględniającym czas pracy personelu. | TAK, podać |  |
| 2. | Gwarancja obejmująca naprawy, konserwację, przeglądy wraz z materiałami w szczególności częściami zamiennymi i materiałami eksploatacyjnymi użytymi do napraw, przeglądów stanu technicznego, konserwacją, regulacją oraz praca i dojazd zespołu serwisowego w okresie gwarancyjnym obciążają Wykonawcę. Częstotliwość przeglądów okresowych zgodnie z zaleceniami producenta, lecz nie rzadziej niż 1 raz w roku (min. co 12 miesięcy, min. 2 przeglądy w ciągu 24 miesięcy). | TAK, podać |  |
| 3. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny.  Wpisać lub podać w formie załącznika ilość punktów serwisowych, nazwa serwisu, adres, nr telefonu, fax, adres e-mail. | TAK, podać |  |
| 4. | Czas oczekiwania na skuteczne usunięcie uszkodzenia (naprawa) wynosi:  a)nie wymagającej importu części nie dłużej niż 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia,  b)wymagającej importu części nie dłużej niż 14 dni roboczych od dnia zgłoszenia. | TAK, podać |  |
| 5. | Instrukcja obsługi w języku polskim dostarczana ze sprzętem oraz w formie elektronicznej. | TAK, podać |  |
| 6. | Szkolenie personelu medycznego i technicznego w terminie uwzględniającym czas pracy personelu obejmujące min.  - zasady obsługi;  - zalecenia dotyczące odpowiedniej konserwacji produktu, w tym informacje dotyczące części zamiennych podlegających wymianie, porady dotyczące utrzymania produktu w czystości;  - regulacji i dostrajania parametrów sprzętu związanych z wykorzystaniem energii elektrycznej (na przykład tryb czuwania) w celu zoptymalizowania zużycia energii. | TAK, podać |  |
| 7. | Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia wraz z dostawą przedmiotu zamówienia wypełnionych paszportów technicznych z informacjami zawierającymi datę zainstalowania i termin następnego przeglądu. | TAK, podać |  |
| 8. | Dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie RP zgodnie z Ustawą z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Wykonawca załączy do oferty ww. dokumenty). | TAK, podać |  |
| 9. | Dostępność części zamiennych oraz wyposażenia eksploatacyjnego min. 10 lat od daty uruchomienia. | TAK, podać |  |
| 10. | Czas dostawy maksymalnie 8 tygodni | TAK, podać |  |

**Oświadczam, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, nieużywane, wolne od wad technicznych, materiałowych, fizycznych i prawnych, zgodne   
z właściwymi normami i przepisami prawa, w tym w szczególności w zakresie dopuszczenia do obrotu i używania, zgodnie z ustawą z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych   
(Dz. U. 2022, poz. 974 z późn. zm.) i sposobem klasyfikowania na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 listopada 2010 r. w sprawie sposobu klasyfikowania wyrobów medycznych (Dz. U. 2010, Nr 215, poz. 1416 z późn. zm.), kompletne i po zainstalowaniu będą gotowe do podjęcia działalności leczniczej bez konieczności ponoszenia przez Zamawiającego żadnych dodatkowych nakładów finansowych, organizacyjnych i technicznych.**

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

Miejscowość, data Podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

**Pakiet nr 3 - Leżanka z regulacją wysokości – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **PARAMETR/WARUNEK** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANEGO PARAMETRU, OPISAĆ** |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
| **I.** | **Leżanka z regulacją wysokości – 1 szt.** | | |
|  | Oferowany model/nazwa handlowa | TAK, podać |  |
|  | Producent | TAK, podać |  |
|  | Rok produkcji (nie starszy niż rok 2023) | TAK, podać |  |
|  | Produkt fabrycznie nowy, nieużywany do prezentacji, wyklucza się produkty demonstracyjne, rekondycjonowane itd. | TAK, podać |  |
|  | Leżanka dwusegmentowa z elektryczną regulacją wysokości. | TAK, podać |  |
|  | Wymiary: długość: 2000 mm (+/- 50 mm), szerokość: 700 mm (+/- 10mm) | TAK, podać |  |
|  | Podgłówek regulowany sprężyną gazową. | TAK, podać |  |
|  | Tapicerka odporna na środki dezynfekcyjne. | TAK, podać |  |
|  | Stelaż metalowy malowany proszkowo. | TAK, podać |  |
|  | Leżanka wyposażona w system jezdny. | TAK, podać |  |
|  | Pilot ręczny do regulacji wysokości. | TAK, podać |  |
|  | Wysokość regulowana w zakresie min. 500-870 mm. | TAK, podać |  |
|  | Regulacja kąta nachylenia zagłówka min. -70 stopni do +40 stopni. | TAK, podać |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie min. 150 kg. | TAK, podać |  |
|  | Leżanka wyposażona w uchwyt prześcieradła papierowego. | TAK/NIE,  podać |  |
| **II. POZOSTAŁE WYMAGANIA** | | | | |
| 1. | Gwarancja minimum 24 miesięcy, od dnia dostawy potwierdzonej protokołem zdawczo-odbiorczym przedmiotu zamówienia w terminie uwzględniającym czas pracy personelu. | TAK, podać |  |
| 2. | Gwarancja obejmująca naprawy, konserwację, przeglądy wraz z materiałami w szczególności częściami zamiennymi i materiałami eksploatacyjnymi użytymi do napraw, przeglądów stanu technicznego, konserwacją, regulacją oraz praca i dojazd zespołu serwisowego w okresie gwarancyjnym obciążają Wykonawcę. Częstotliwość przeglądów okresowych zgodnie z zaleceniami producenta, lecz nie rzadziej niż 1 raz w roku (min. co 12 miesięcy, min. 2 przeglądy w ciągu 24 miesięcy). | TAK, podać |  |
| 3. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny.  Wpisać lub podać w formie załącznika ilość punktów serwisowych, nazwa serwisu, adres, nr telefonu, fax, adres e-mail. | TAK, podać |  |
| 4. | Czas oczekiwania na skuteczne usunięcie uszkodzenia (naprawa) wynosi:  a)nie wymagającej importu części nie dłużej niż 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia,  b)wymagającej importu części nie dłużej niż 14 dni roboczych od dnia zgłoszenia. | TAK, podać |  |
| 5. | Instrukcja obsługi w języku polskim dostarczana ze sprzętem oraz w formie elektronicznej. | TAK, podać |  |
| 6. | Szkolenie personelu medycznego i technicznego w terminie uwzględniającym czas pracy personelu obejmujące min.  - zasady obsługi;  - zalecenia dotyczące odpowiedniej konserwacji produktu, w tym informacje dotyczące części zamiennych podlegających wymianie, porady dotyczące utrzymania produktu w czystości;  - regulacji i dostrajania parametrów sprzętu związanych z wykorzystaniem energii elektrycznej (na przykład tryb czuwania) w celu zoptymalizowania zużycia energii. | TAK, podać |  |
| 7. | Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia wraz z dostawą przedmiotu zamówienia wypełnionych paszportów technicznych z informacjami zawierającymi datę zainstalowania i termin następnego przeglądu. | TAK, podać |  |
| 8. | Dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie RP zgodnie z Ustawą z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Wykonawca załączy do oferty ww. dokumenty). | TAK, podać |  |
| 9. | Dostępność części zamiennych oraz wyposażenia eksploatacyjnego min. 10 lat od daty uruchomienia. | TAK, podać |  |
| 10. | Czas dostawy maksymalnie 8 tygodni | TAK, podać |  |

**Oświadczam, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenia są fabrycznie nowe, nieużywane, wolne od wad technicznych, materiałowych, fizycznych i prawnych, zgodne   
z właściwymi normami i przepisami prawa, w tym w szczególności w zakresie dopuszczenia do obrotu i używania, zgodnie z ustawą z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych   
(Dz. U. 2022, poz. 974 z późn. zm.) i sposobem klasyfikowania na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 listopada 2010 r. w sprawie sposobu klasyfikowania wyrobów medycznych (Dz. U. 2010, Nr 215, poz. 1416 z późn. zm.), kompletne i po zainstalowaniu będą gotowe do podjęcia działalności leczniczej bez konieczności ponoszenia przez Zamawiającego żadnych dodatkowych nakładów finansowych, organizacyjnych i technicznych.**

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

Miejscowość, data Podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

**Pakiet nr 4 - Podnośnik mobilny – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **PARAMETR/WARUNEK** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANEGO PARAMETRU, OPISAĆ** |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
| **I.** | **Podnośnik mobilny – 1 szt.** | | |
|  | Oferowany model/nazwa handlowa | TAK, podać |  |
|  | Producent | TAK, podać |  |
|  | Rok produkcji (nie starszy niż rok 2023) | TAK, podać |  |
|  | Produkt fabrycznie nowy, nieużywany do prezentacji, wyklucza się produkty demonstracyjne, rekondycjonowane itd. | TAK, podać |  |
|  | Podnośnik mobilny do łatwego transportu i podnoszenia pacjentów. | TAK, podać |  |
|  | Podnośnik wykonany ze stali malowanej proszkowo. | TAK, podać |  |
|  | Podnośnik łatwy i szybki w demontażu, brak konieczności użycia narzędzi. | TAK, podać |  |
|  | Maksymalny udźwig min. 180 kg | TAK, podać |  |
|  | Długość podstawy: 1200 mm (+/- 50 mm) | TAK, podać |  |
|  | Wysokość podstawy jezdnej 140 mm (+/-10mm) | TAK, podać |  |
|  | Regulowana szerokość wewnętrzna podstawy jezdnej w zakresie 600–1000mm (+/- 50mm) | TAK, podać |  |
|  | Podstawa rozsuwana w literę „V” za pomocą dźwigni. | TAK, podać |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości z pilota przewodowego. | TAK, podać |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości podnoszenia przy pomocy pilota przewodowego w zakresie min. 730 – 1590 mm. | TAK, podać |  |
|  | Pilot wyposażony w czytelne piktogramy na przyciskach funkcyjnych. | TAK, podać |  |
|  | Spiralny, rozciągliwy przewód pilota zwiększający komfort pracy. | TAK, podać |  |
|  | Dwa niezależne systemy awaryjnego opuszczania na panelu sterowania i siłowniku. | TAK, podać |  |
|  | Funkcja awaryjnego zatrzymania. | TAK, podać |  |
|  | 4 koła, w tym co najmniej 2 koła z możliwością zablokowania. | TAK, podać |  |
|  | Waga podnośnika 37 kg (+/- 1kg) | TAK, podać |  |
|  | Wyposażenie: nosidło pacjenta do transportu pacjenta w pozycji siedzącej | TAK, podać |  |
| **II. POZOSTAŁE WYMAGANIA** | | | | |
| 1. | Gwarancja minimum 24 miesięcy, od dnia dostawy potwierdzonej protokołem zdawczo-odbiorczym przedmiotu zamówienia w terminie uwzględniającym czas pracy personelu. | TAK, podać |  |
| 2. | Gwarancja obejmująca naprawy, konserwację, przeglądy wraz z materiałami w szczególności częściami zamiennymi i materiałami eksploatacyjnymi użytymi do napraw, przeglądów stanu technicznego, konserwacją, regulacją oraz praca i dojazd zespołu serwisowego w okresie gwarancyjnym obciążają Wykonawcę. Częstotliwość przeglądów okresowych zgodnie z zaleceniami producenta, lecz nie rzadziej niż 1 raz w roku (min. co 12 miesięcy, min. 2 przeglądy w ciągu 24 miesięcy). | TAK, podać |  |
| 3. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny.  Wpisać lub podać w formie załącznika ilość punktów serwisowych, nazwa serwisu, adres, nr telefonu, fax, adres e-mail. | TAK, podać |  |
| 4. | Czas oczekiwania na skuteczne usunięcie uszkodzenia (naprawa) wynosi:  a)nie wymagającej importu części nie dłużej niż 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia,  b)wymagającej importu części nie dłużej niż 14 dni roboczych od dnia zgłoszenia. | TAK, podać |  |
| 5. | Instrukcja obsługi w języku polskim dostarczana ze sprzętem oraz w formie elektronicznej. | TAK, podać |  |
| 6. | Szkolenie personelu medycznego i technicznego w terminie uwzględniającym czas pracy personelu obejmujące min.  - zasady obsługi;  - zalecenia dotyczące odpowiedniej konserwacji produktu, w tym informacje dotyczące części zamiennych podlegających wymianie, porady dotyczące utrzymania produktu w czystości;  - regulacji i dostrajania parametrów sprzętu związanych z wykorzystaniem energii elektrycznej (na przykład tryb czuwania) w celu zoptymalizowania zużycia energii. | TAK, podać |  |
| 7. | Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia wraz z dostawą przedmiotu zamówienia wypełnionych paszportów technicznych z informacjami zawierającymi datę zainstalowania i termin następnego przeglądu. | TAK, podać |  |
| 8. | Dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie RP zgodnie z Ustawą z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Wykonawca załączy do oferty ww. dokumenty). | TAK, podać |  |
| 9. | Dostępność części zamiennych oraz wyposażenia eksploatacyjnego min. 10 lat od daty uruchomienia. | TAK, podać |  |
| 10. | Czas dostawy maksymalnie 8 tygodni | TAK, podać |  |

**Oświadczam, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenia są fabrycznie nowe, nieużywane, wolne od wad technicznych, materiałowych, fizycznych i prawnych, zgodne   
z właściwymi normami i przepisami prawa, w tym w szczególności w zakresie dopuszczenia do obrotu i używania, zgodnie z ustawą z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych   
(Dz. U. 2022, poz. 974 z późn. zm.) i sposobem klasyfikowania na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 listopada 2010 r. w sprawie sposobu klasyfikowania wyrobów medycznych (Dz. U. 2010, Nr 215, poz. 1416 z późn. zm.), kompletne i po zainstalowaniu będą gotowe do podjęcia działalności leczniczej bez konieczności ponoszenia przez Zamawiającego żadnych dodatkowych nakładów finansowych, organizacyjnych i technicznych.**

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

Miejscowość, data Podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy