**DZP.2612.8.2024**

 **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA –**

 **ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW JAKIE MUSI**

 **SPEŁNIAĆ OFEROWANY PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**

|  |  |
| --- | --- |
|  | wpisać: |
| Przedmiot zamówienia: |  **Łóżka psychiatryczne -37 sztuk** |
| Producent/Firma | ……………………………………………………………………………………………………………………… |
| Kraj pochodzenia | ……………………………………………………………………………………………………………….…….. |
| Rok produkcji:  | **Łóżka fabrycznie nowe** |
| Nazwa | ……………………………………………………………………………………………………………………… |
| Typ:  | ……………………………………………………………………………………………………………………… |
| Model: | ………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Ilość zamawiana:  | **37 sztuk** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS / PARAMETRY WYMAGANE** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane /podać zakresy lub opisać** |
| 1 | Łóżko szpitalne psychiatryczne dwusegmentowe ze stałą wysokością oraz podnoszonym segmentem pleców | Tak |  |
| 2 | Wymiary leża 800x2000mm +/- 5% | Tak |  |
| 3  | Maksymalna szerokość całkowita łóżka do 980mm | Tak |  |
| 4 | Obciążenie minimalne 200kg. | Tak |  |
| 5 | Szczyty łóżka wykonane z rur stalowych montowane na stałe do ramy leża, wypełnione szczelnie płytą HPL o grub. minimum 8 mm. płyta wypełnia szczelnie cały szczyt bez możliwości przełożenia sznura lub paska w sposób uniemożliwiający wykopanie czy wypchanie przez pacjenta | Tak |  |
| 6 | Wszelkie połączenia śrubowe zostały **zabezpieczone** przed odkręceniem przez niepowołane osoby. | Tak |  |
| 7 | Segment pleców podnoszony ręcznie za pomocą korbki lub za pomocą sprężyn gazowych | Tak |  |
| 8 | Regulacja segmentu pleców do min 60 stopni | Tak |  |
| 9 | Łóżko wyposażone 4 koła jezdne o śred. Min 125 mm wyposażone w blokadę jazdy i obrotu, | Tak |  |
| 10 | Nogi łóżka nie wystające poza obrys ramy łóżka | Tak |  |
| 11 | Demontowane uchwyty umożliwiające montaż łóżka do podłogi | Tak |  |
| 12 | Odbojniki amortyzujące uderzenia łóżka  | Tak |  |
| 13 | Łóżko wyposażone w dedykowane uchwyty do mocowania pasów do unieruchamiania pacjenta | Tak – 10 pktNie -0 pkt |  |
| 14 | Komplet pasów unieruchamiających na wyposażeniu łóżka  | Tak – 10 pktNie – 0 pkt |  |
| 15 | Powierzchnia do dezynfekcji , 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 włączeń ) 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!!**  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 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  |   |   |  |  |
| 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 | Bezpłatny przegląd konserwacyjny w każdym roku gwarancji wraz z bezpłatną wymianą części zalecanych w instrukcji obsługi | Tak |   |  |  |  |
| 7 | Autoryzowany serwis na terenie Polski (Nazwa i adres) | Tak |   |  |  |  |
| 8 | 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 | Certyfikat zgodności lub deklaracja zgodności, potwierdzające oznakowanie dokładnie oznaczonego produktu medycznego, będącego przedmiotem dostawy-znakiem zgodności CE - dla kompletnego zestawu. | TAK |   |  |  |
| 3 | Instrukcja obsługi w języku polskim do wszystkich oferowanych składowych systemu w wersji papierowej i elektronicznej. | TAK |   |  |  |
| 4 | Dostawca zobowiązuje się do:-dokonania instalacji we wskazanym miejscu przez zamawiającego,-dokonania szkolenia w zakresie obsługi przedmiotu zamówienia. | TAK |   |  |  |
| 5 | Oświadczamy, że przedmiot oferty jest kompletny i będzie gotowy do pracy zgodnie z instrukcją obsługi bez żadnych dodatkowych zakupów. | TAK |  |  |  |
| 6 | Oferent zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszej tabelce. |  |  |  |

**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.**