**ZP/230-33/2022 Załącznik nr 1 do SWZ**

**Pakiet nr 2**

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

**LEŻANKA REHABILITACYJNA**

**Producent.....................................................................**

**Rok produkcji ...............................................................**

**Kraj pochodzenia...........................................................**

**Model /typ/ nazwa .......................................................**

**Ilość – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr / Opis** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymogów oraz opis parametrów oferowanych** |
| **Dane ogólne** | | | |
|  | Dopuszczalne obciążenie min 200 kg | **TAK** |  |
|  | Elektryczna regulacja- pilot ręczny | **TAK** |  |
|  | 3-sekcyjny stół do masażu z wypiętrzeniem w odcinku lędźwiowym sterowanym elektrycznie | **TAK** |  |
|  | Zagłówek z wyprofilowanym otworem na twarz z zaślepką | **TAK** |  |
|  | Regulowany kąt zagłówka- ręcznie za pomocą sprężyny gazowej | **TAK** |  |
|  | Zmiany ustawień środkowej i nożnej części leżyska za pomocą sprężyn gazowych, lub elektrycznie | **TAK** |  |
|  | Dodatkowe podłokietniki dla pacjenta | **TAK** |  |
|  | Centralny system jezdny z hamulcem | **TAK** |  |
|  | Szerokość stołu min 65 cm | **TAK** |  |
|  | Wysokość stołu 50-95 cm | **TAK** |  |
|  | Uchwyt do mocowania papieru | **TAK** |  |
|  | Możliwość wyboru koloru tapicerki (podać wykaz kolorów) | **TAK** |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | **TAK** |  |
|  | **Pozostałe** |  |  |
|  | Montaż we wskazanym miejscu w siedzibie Zamawiającego | **TAK** |  |
|  | Bezpłatny serwis i przeglądy techniczne zgodnie z instrukcją serwisową w siedzibie Zamawiającego w całym okresie trwania gwarancji z wymianą części zużywalnych na koszt Wykonawcy | **TAK** |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi sprzętu | **TAK** |  |
|  | Szkolenie personelu w zakresie podstawowej obsługi serwisowej sprzętu wraz z autoryzacja producenta | **TAK** |  |
|  | Certyfikaty dopuszczające do stosowania w jednostkach medycznych na terenie Polski | **TAK** |  |
|  | Udokumentowanie każdego przeglądu i naprawy raportem serwisowym i wpisem do paszportu | **TAK** |  |
|  | Trzykrotna naprawa urządzenia w czasie trwania gwarancji skutkuje wymianą na nowe urządzenie | **TAK** |  |
|  | W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 5 dni roboczych Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze o parametrach i funkcjonalności nie gorszej niż zaoferowane | **TAK** |  |
|  | Graniczny czas naprawy po przekroczeniu, którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji 5 dni roboczych | **TAK** |  |
|  | Wymiana podzespołu na nowy – natychmiast lub po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy | **TAK** |  |
|  | Urządzenie pozbawione ewentualnych blokad serwisowych, które po upływie gwarancji utrudniałyby właścicielowi dostęp do opcji serwisowych lub naprawę urządzenia przez inny niż Wykonawca podmiot. W przypadku występowania zabezpieczeń serwisowych Wykonawca przekaże Zamawiającemu kody serwisowe podczas ostatniego przeglądu gwarancyjnego | **TAK** |  |
|  | Dostępność części zamiennych dla Zamawiającego min 10 lat od podpisania protokołu odbioru | **TAK** |  |

|  |
| --- |
| Oświadczamy, że:  Oferowane powyżej urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu i uruchomieniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych  dodatkowych zakupów inwestycyjnych |

Informacja:  
Dokument musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Podmiotu przez osobę podpisującą ofertę.