Zadanie 10 – Sprzęt medyczny różny

Lp	Nazwa	jm	Ilość	Cena jednost netto	Cena jednostk brutto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent
1	Kozetka lekarska	szt.	1						
2	Wielofunkcyjny wózek oddziałowy	szt.	1						
3	Stolik do podawania posiłków	szt.	15						
4	Parawan na kółkach dwuskrzydłowy	szt.	3						
5	Stojak na kroplówki mobilny	szt.	5						
6	Ramka kart gorączkowych (tabliczka do identyfikacji pacjenta)	szt	35						
							Razem:		

Oświadczamy, że oferowane wyspecjalizowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów.

.....,dnia .....

.....
(podpis osoby – osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
wraz z pieczątką imienną)

Załącznik nr 2 do SIWZ nr SPZOZ/PN/55/2013

Zadanie 10 poz.1 – Kozetka lekarska

DANE OGÓLNE
NAZWA.....
TYP/ MODEL .....NA KATALOGOWY.....
ROK PRODUKCJI..... ROK WPROWADZENIA DO PRODUKCJI.....
KRAJ PRODUKCJI..... WYKONAWCA /PRODUCENT.....

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WYMAGANYCH

Lp.	Parametr / warunek	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1	Konstrukcja wykonana z profili stalowych pokrytych lakierem proszkowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV	TAK	
2	Szerokość całkowita: 550 mm (± 50 mm)	TAK PODAĆ	
3	Długość całkowita: 1850 mm(± 50 mm)	TAK PODAĆ	
4	Wysokość całkowita: 500 mm (± 50 mm)	TAK PODAĆ	
5	Regulowany podgłówek za pomocą systemu zapadkowego w zakresie: od -15^0 do 45^0 ($\pm 2^0$)	TAK	
6	Leże dwusegmentowe, tapicerowane	TAK	
7	Wyposażona w uchwyt i rolkę prześcieradła jednorazowego umieszczony pod segmentem leża	TAK	
8	Jedna noga kozetki wyposażona w regulowaną stopkę	TAK	
9	Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE	TAK	
10	Szkolenie obsługi, szkolenie personelu technicznego przy odbiorze technicznym produktów	TAK	
11	Gwarancja min. 12 miesięcy	TAK PODAĆ	
12	Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat	TAK	
13	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	

Lp.	Parametr / warunek	Parametr wymagany	Parametr oferowany
14	Czas reakcji serwisu: 72 godz.	TAK	
15	Możliwość wyboru kolorów tapicerki	TAK	

UWAGA:

Parametr wymagany winien być potwierdzony przez Wykonawcę w formie "TAK" lub "NIE".

Brak potwierdzenia przez Wykonawcę parametru granicznego skutkował będzie odrzuceniem oferty przetargowej.

Parametry graniczne winny mieć potwierdzenie w dokumentach dotyczących sprzętu Wykonawca winien je zaznaczyć w dokumentacji potwierdzającej spełnienia parametru granicznego.

.....dnia.....

.....
(podpis osoby – osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
wraz z pieczątką imienną)

Zadanie 10 poz.2 – Wielofunkcyjny wózek oddziałowy

DANE OGÓLNE
NAZWA.....
TYP/ MODEL .....NA KATALOGOWY.....
ROK PRODUKCJI..... ROK WPROWADZENIA DO PRODUKCJI.....
KRAJ PRODUKCJI..... WYKONAWCA /PRODUCENT.....

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WYMAGANYCH

Lp.	Parametr / warunek	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1	Szerokość całkowita 426 mm (+/- 20 mm)	TAK PODAĆ	
2	Wysokość całkowita 900 mm (+/- 20 mm)	TAK PODAĆ	
3	Długość całkowita 970 mm (+/- 20 mm)	TAK PODAĆ	
4	Metalowy szkielet pokryty lakierem proszkowym	TAK	
5	Nierdzewna wyjmowana taca w części górnej.	TAK	
6	Wyjmowane pojemniki tworzywowe 4szt.	TAK	
7	Worek foliowy z przykryciem.	TAK	
8	Druciany kosz.		
9	Cztery kółka jezdne, w tym dwa z blokadą	TAK	
10	Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE	TAK	
11	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK PODAĆ	
12	Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat	TAK	
13	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres min. 10 lat	TAK	
14	Czas reakcji serwisu 24 godz.	TAK	

UWAGA:

Parametr wymagany winien być potwierdzony przez Wykonawcę w formie "TAK" lub "NIE".

Brak potwierdzenia przez Wykonawcę parametru granicznego skutkował będzie odrzuceniem oferty przetargowej.

Parametry graniczne winny mieć potwierdzenie w dokumentach dotyczących sprzętu Wykonawca winien je zaznaczyć w dokumentacji potwierdzającej spełnienia parametru granicznego.

.....dnia.....

.....
(podpis osoby – osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
wraz z pieczątką imienną)

Zadanie 10 poz.3 – Stolik do podawania posiłków

DANE OGÓLNE
NAZWA.....
TYP/ MODEL .....NA KATALOGOWY.....
ROK PRODUKCJI..... ROK WPROWADZENIA DO PRODUKCJI.....
KRAJ PRODUKCJI..... WYKONAWCA /PRODUCENT.....

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WYMAGANYCH

Lp.	Parametr / warunek	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1	Nazwa oferowanego urządzenia: Producent: Typ:	TAK	
2	Konstrukcja wykonana z kształtowników stalowych pokrytych lakierem proszkowanym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV	TAK	
3	Uchylny blat wykonany z płyty meblowej, wyposażony z dwóch stron w ranty zabezpieczające przedmioty przez zsuwaniem	TAK	
4	Wysokość blatu z możliwością regulacji	TAK	
5	Możliwość zmiany kąta pochylenia blatu za pomocą dźwigni o kąt 30 i 60 stopni w obie strony	TAK/PODAĆ	
6	Wymiary blatu: 750 x 400 mm (± 20mm)	TAK/PODAĆ	
7	Zakres regulacji wysokości 750 – 1100 mm (± 20mm)	TAK/PODAĆ	
8	Dopuszczenie obciążenie stolika min 10kg	TAK/PODAĆ	
9	Możliwość najazdu blatu stolika nad łóżko pacjenta	TAK	
10	Podstawa stolika jezdna, wyposażona w 4 koła, z których mi. dwa posiadają blokadę jazdy	TAK	

Lp.	Parametr / warunek	Parametr wymagany	Parametr oferowany
11	a) Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE b) Wpis do rejestry Wyrobów Medycznych c) Certyfikat ISO 9001:2000 lub równoważny potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiami d) Certyfikat ISO 13485:2003 potwierdzający że producent wdrożył i utrzymuje system zarządzena jakością dla wyrobów medycznych	TAK	
12	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK/PODAĆ	
13	Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat	TAK	
14	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
15	Czas reakcji serwisu 72 godz.	TAK	

UWAGA:

Parametr wymagany winien być potwierdzony przez Wykonawcę w formie "TAK" lub "NIE".

Brak potwierdzenia przez Wykonawcę parametru granicznego skutkował będzie odrzuceniem oferty przetargowej.

Parametry graniczne winny mieć potwierdzenie w dokumentach dotyczących sprzętu Wykonawca winien je zaznaczyć w dokumentacji potwierdzającej spełnienia parametru granicznego.

.....dnia.....

.....
(podpis osoby – osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
wraz z pieczątką imienną)

Zadanie 10 poz.4 – Parawan na kółkach dwuskrzydłowy

DANE OGÓLNE
NAZWA.....
TYP/ MODEL .....NA KATALOGOWY.....
ROK PRODUKCJI..... ROK WPROWADZENIA DO PRODUKCJI.....
KRAJ PRODUKCJI..... WYKONAWCA /PRODUCENT.....

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WYMAGANYCH

Lp.	Parametr / warunek	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Nazwa oferowanego urządzenia: Producent:	TAK	
2.	Konstrukcja wykonana z kształtowników stalowych pokrytych lakierem proszkowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV	TAK	
3.	Szerokość całkowita 1 skrzydła: 1000 mm (± 20 mm)	TAK PODAĆ	
4.	Wysokość 1 skrzydła: 1650 mm (± 20 mm)	TAK PODAĆ	
5.	Metalowy szkielet parawanu pokryty lakierem proszkowym	TAK PODAĆ	
6.	Możliwość spinania kilku segmentów za pomocą zatrzasków. Możliwość spinania w 2 skrzydła.	TAK	
7.	Możliwość wyboru koloru tkaniny	TAK	
8.	Parawan mobilny, wyposażony w kółka	TAK	
9.	a) Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE b) Certyfikat ISO 9001:2000 lub równoważny potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiami	TAK	
10.	Gwarancja min. 12 miesięcy	TAK PODAĆ	
11.	Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat	TAK	
12.	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
13.	Czas reakcji serwisu: 72 godz.	TAK	

UWAGA:

Parametr wymagany winien być potwierdzony przez Wykonawcę w formie "TAK" lub "NIE".

Brak potwierdzenia przez Wykonawcę parametru granicznego skutkował będzie odrzuceniem oferty przetargowej.

Parametry graniczne winny mieć potwierdzenie w dokumentach dotyczących sprzętu Wykonawca winien je zaznaczyć w dokumentacji potwierdzającej spełnienia parametru granicznego.

.....dnia.....

.....
(podpis osoby – osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
wraz z pieczątką imienną)

Zadanie 10 poz.5 – Stojak na kroplówki mobilny.

DANE OGÓLNE
NAZWA.....
TYP/ MODEL .....NA KATALOGOWY.....
ROK PRODUKCJI..... ROK WPROWADZENIA DO PRODUKCJI.....
KRAJ PRODUKCJI..... WYKONAWCA /PRODUCENT.....

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WYMAGANYCH

Lp.	Parametr / warunek	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Nazwa oferowanego urządzenia: Producent:	TAK	
2.	Stabilna, pięcioramienna podstawa pokryta lakierem proszkowym, przejezdna na kółkach	TAK	
3.	Min. 2 kółka z hamulcem	TAK	
4.	Średnica podstawy: 600 mm (± 50 mm)	TAK PODAĆ	
5.	Wysuwany wieszak na płyny infuzyjne - chromowany	TAK	
6.	Wysokość regulowana od 1350 do 2220 mm (± 50 mm)	TAK PODAĆ	
7.	Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE	TAK	
8.	Gwarancja min. 12 miesięcy	TAK PODAĆ	
9.	Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat	TAK	
10.	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres min. 10 lat	TAK	
11.	Czas reakcji serwisu 72 godz.	TAK	

UWAGA:

Parametr wymagany winien być potwierdzony przez Wykonawcę w formie "TAK" lub "NIE".

Brak potwierdzenia przez Wykonawcę parametru granicznego skutkował będzie odrzuceniem oferty przetargowej.

Parametry graniczne winny mieć potwierdzenie w dokumentach dotyczących sprzętu Wykonawca winien je zaznaczyć w dokumentacji potwierdzającej spełnienia parametru granicznego.

.....dnia.....

.....
(podpis osoby – osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
wraz z pieczątką imienną)

Zadanie 10 poz.6 – Ramka kart gorączkowych (tabliczka do identyfikacji pacjenta).

DANE OGÓLNE
NAZWA.....
TYP/ MODEL .....NA KATALOGOWY.....
ROK PRODUKCJI..... ROK WPROWADZENIA DO PRODUKCJI.....
KRAJ PRODUKCJI..... WYKONAWCA /PRODUCENT.....

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WYMAGANYCH

Lp.	Parametr / warunek	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Wykonana z płyty HPL	TAK	
2.	Wymiary min. 30 x 30cm	TAK	
3.	Mocowanie do ramy łóżka	TAK	
4.	Uchwyt do mocowania kart gorączkowych (klips)	TAK	

UWAGA:

Parametr wymagany winien być potwierdzony przez Wykonawcę w formie "TAK" lub "NIE".

Brak potwierdzenia przez Wykonawcę parametru granicznego skutkował będzie odrzuceniem oferty przetargowej.

Parametry graniczne winny mieć potwierdzenie w dokumentach dotyczących sprzętu Wykonawca winien je zaznaczyć w dokumentacji potwierdzającej spełnienia parametru granicznego.

.....dnia.....

.....
(podpis osoby – osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
wraz z pieczątką imienną)