**Załącznik nr 1.1 do SWZ**

**Szp-241/ZP – 040A/2023**

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

**Zadanie nr 1**

**Przedmiot zamówienia – Wózek transportowy do przewozu wyrobów medycznych na bloku operacyjnym - 2 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………........................…………

Oferowany model ………………………………………………………..................................

Producent …………………………………………………………………………......................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………......................

Rok produkcji – **2023**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania \*)** | **Wartość oferowana** |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
|  | Wózek transportowy do pakietów i kontenerów sterylnych 3 półkowy | TAK |  |
|  | Wykonany ze stali nierdzewnej min. AISI 304 |  TAK |  |
|  | Pojemność wózka 9 STU (standardowa jednostkasterylizacyjna o wymiarach 30x60 cm) min 3jednostki na półkę. Wysokość do górnej półkimax 135 cm. Wysokość każdej z półek 30 cm. |  TAK |  |
|  | Pólki pełne, wzmacniane, przeznaczone dotransportu dużych obciążeń | TAK |  |
|  | Konstrukcja z profila zamkniętego lub rury, wykonanie bez ostrych krawędzi mogących powodowaćuszkodzenie pakietów | TAK |  |
|  | Koła skrętne, min 2 kółka wyposażone w hamulec | TAK |  |
|  | Konstrukcja wózka ergonomiczna | TAK |  |
|  | wózek wyposażony w uchwyt umożliwiający sterowanie przy pełnym załadunku | TAK |  |
|  | Możliwość załadunku i rozładunku przewożonego materiału z każdej ze stron wózka. | TAK |  |
|  | Dokument potwierdzający, iż przedmiot zamówienia został sklasyfikowany jako wyrób medyczny i jest dopuszczony do obrotu na terenie Polski zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych. | TAK |  |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać ewentualne zakresy***

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami wymaganymi. Brak opisu w kolumnie 4 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Załącznik nr 1.2 do SWZ**

 **Szp-241/ZP – 040A/2023**

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

**Zadanie nr 2**

**Przedmiot zamówienia – Wózek do bielizny czystej i brudnej - 1 szt. (Oddział Dermatologiczny)**

Nazwa własna …………………………………………………………........................…………

Oferowany model ………………………………………………………..................................

Producent …………………………………………………………………………......................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………......................

Rok produkcji – **2023**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania \*)** | **Wartość oferowana** |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
|  | Kontener do przewozu bielizny | TAK |  |
|  | korpus wykonany z blachy z lekkiego stopu anodowanego aluminium AlMg3. |  TAK |  |
|  | Rączka do prowadzenia z boku (na krótszej ścianie) wózka |  TAK |  |
|  | Kontener z wewnętrzną ścianką działową tworzącą w 1/3 przestrzeń na ubrania z wieszakiem, w 2/3 szafkę z 2 półkami | TAK |  |
|  | Drzwi dwuskrzydłowe o kącie otwarcia 270° z magnesem przytrzymującym je podczas maksymalnego otwarcia, z zasuwą pionową | TAK |  |
|  | 4 koła gumowane nie brudzące podłoża, Ø 200 mm, 2 stałe i 2 obrotowe, w tym 2 z hamulcem | TAK |  |
|  | Niebrudzący szary gumowy odbój przy podstawie | TAK |  |
|  | Solidna rama ze stali malowanej proszkowo | TAK |  |
|  | Obciążenie półek (każdej) 80 kg, obciążenie dna wózka 120 kg, łączne obciążenie dla wózka 280 kg | TAK |  |
|  | Zamykanie w postaci rygiela pionowy z hakiem zamykającym u góry i dołu | TAK |  |
|  | Światło między półkami: dolna przestrzeń 470 mm, środkowa przestrzeń 446 mm, górna przestrzeń 436 mm | TAK |  |
|  | Wymiary zew. 1230x630x1740 h mm (wew. 1130 x 550 x 1420 h mm) | TAK |  |
|  | Dokument potwierdzający, iż przedmiot zamówienia został sklasyfikowany jako wyrób medyczny i jest dopuszczony do obrotu na terenie Polski zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych | TAK |  |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać ewentualne zakresy***

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami wymaganymi. Brak opisu w kolumnie 4 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

***…………………………………..***

*(Imię i nazwisko osoby uprawnionej*

*do reprezentowania Wykonawcy)*

**Załącznik nr 1.3 do SWZ**

 **Szp-241/ZP – 040A/2023**

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

**Zadanie nr 3**

**Przedmiot zamówienia – Wózek anestezjologiczny - 1 szt. (Oddział Nefrologiczny)**

Nazwa własna …………………………………………………………........................…………

Oferowany model ………………………………………………………..................................

Producent …………………………………………………………………………......................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………......................

Rok produkcji – **2023**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania \*)** | **Wartość oferowana** |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
|  | Wózek anestezjologiczny 5 - szufladowy | TAK |  |
|  | Wymiary:- długość: 750mm- szerokość: 475mm- wysokość: 920mm |  TAK |  |
|  | Wózek anestezjologiczny ma być wyposażony w cztery cichobieżne kółka jezdne (w tym 2 z blokadą) |  TAK |  |
|  | Wózek ma zapewniać użytkownikowi wysoką ergonomię pracy | TAK |  |
|  | Górna półka ma być wyposażona w relingi umiejscowione na trzech krawędziach. Relingi te zabezpieczają przed zsunięciem się przedmiotów | TAK |  |
|  | Wysuwany blat boczny | TAK |  |
|  | Półka pod defibrylator | TAK |  |
|  | Wieszak kroplówki z regulacją wysokości | TAK |  |
|  | Pojemniki na odpady | TAK |  |
|  | Wysuwane szuflady | TAK |  |
|  | uchwyt na butle z tlenem | TAK |  |
|  | deska CPR - reanimacyjna | TAK |  |
|  | pojemnik na ostre przedmioty | TAK |  |
|  | Centralny zamek | TAK |  |
|  | Dokument potwierdzający, iż przedmiot zamówienia został sklasyfikowany jako wyrób medyczny i jest dopuszczony do obrotu na terenie Polski zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych. | TAK |  |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać ewentualne zakresy***

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami wymaganymi. Brak opisu w kolumnie 4 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

***…………………………………..***

*(Imię i nazwisko osoby uprawnionej*

*do reprezentowania Wykonawcy)*

**Załącznik nr 1.4 do SWZ**

 **Szp-241/ZP – 040A/2023**

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

**Zadanie nr 4**

**Przedmiot zamówienia – Wózek wielofunkcyjny - 3 szt. (Oddział Nefrologiczny)**

Nazwa własna …………………………………………………………........................…………

Oferowany model ………………………………………………………..................................

Producent …………………………………………………………………………......................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………......................

Rok produkcji – **2023**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania \*)** | **Wartość oferowana** |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
|  | Wózek wielofunkcyjny do przygotowywania środków do kąpieli chorych oraz przygotowywania i podawania wlewów dożylnych | TAK |  |
|  | Wymiary:- długość: 625mm- szerokość: 475mm- wysokość: 930mm |  TAK |  |
|  | Stolik wykonany z wysokiej jakości lekkiego i estetycznego materiału ABS, co zapewni łatwe czyszczenie i dezynfekcję. |  TAK |  |
|  | Wózek wyposażony ma być w 4 kółka jezdne (w tym 2 z blokadą), co gwarantuje użytkownikowi wysoką ergonomię pracy | TAK |  |
|  | Górna półka ma posiadać relingi umiejscowione na trzech krawędziach. Relingi te zabezpieczają przed zsunięciem się przedmiotów. | TAK |  |
|  | W górnej części wózka szuflada. | TAK |  |
|  | Wózek wyposażony ma być w 2 pojemniki na odpady. | TAK |  |
|  | Dokument potwierdzający, iż przedmiot zamówienia został sklasyfikowany jako wyrób medyczny i jest dopuszczony do obrotu na terenie Polski zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych. | TAK |  |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać ewentualne zakresy***

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami wymaganymi. Brak opisu w kolumnie 4 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

***…………………………………..***

*(Imię i nazwisko osoby uprawnionej*

*do reprezentowania Wykonawcy)*