#### PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

**I . OKREŚLENIE PRZEDMIOTU PRZETARGU**

###### Waga łóżkowa - 1 szt.

**----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**II . Część do wypełnienia przez przystępującego do przetargu:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | Nazwa urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **2** | Typ urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **3** | Producent |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **4** | Rok produkcji nie wcześniej niż 2019. Urządzenie fabrycznie nowe nie rekondycjonowane. |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **5** | Rok wprowadzenia urządzenia do seryjnej produkcji |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **6** | Kraj pochodzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |

**7. Warunki gwarancji i serwisu wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | | **WARTOŚĆ OFEROWANA**  **( podać, opisać )** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. | *TAK (wpisać pełne dane kontaktowe adres i techniczne środki łączności, nr tel., faxu, e-mail. )* | |  |
| 2 | Długość udzielanej gwarancji | minimum **24 miesiące**  (*podać ilość miesięcy*) | |  |
|  |  |  |  | *Wpisać* |

**8.Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **Parametry graniczne** | **Parametry oferowane**  ( podać, opisać, wpisać ). |
|  | **Wymagania ogólne** |  |  |
|  | 1. Elektroniczna waga łóżkowa i dializowa do zastosowania w ośrodkach dializowania i intensywnej opieki, zalegalizowana do celów medycznych wg klasy III. | TAK |  |
|  | 1. Precyzyjne ważenie pacjentów leżących na łóżku dzięki 4 podnośnikom z wbudowaną wagą. | TAK |  |
|  | 1. Technika prostego i szybkiego instalowania ogniw obciążnikowych bez konieczności ustawiania rolek łóżka w pozycji wychylonej. | TAK |  |
|  | 1. Waga wyposażona w wózek do transportu całego urządzenia oraz osprzętu. | TAK |  |
|  | 1. Kolory kabli oznaczone odpowiednim kolorem do prawidłowego podłączenia z przetwornikiem elektronicznym. | TAK |  |
|  | 1. Funkcje co najmniej: TARA, PRE-TARA, HOLD, BMI, wartość graniczna, ustawiana amortyzacja. | TAK |  |
|  | 1. Dopuszczalne obciążenie nie mniejsze niż 500 kg. | TAK |  |
|  | 1. Maksymalna waga pacjenta nie mniejsza niż 250 kg. | TAK |  |
|  | Dopuszczalna średnica kółek nie mniejsza niż 20 cm. | TAK |  |
|  | 1. Zakres TARA bez pacjenta nie mniejszy niż 250 kg. | TAK |  |
|  | Zasilanie 230 V, 50 Hz. | TAK |  |
|  | 1. Zasilanie akumulatorowe/bateryjne. | TAK |  |
|  | 1. Czas pracy z zasilaniem akumulatorowym nie krótszy niż 25 h. | TAK |  |
|  | **Wymagania dodatkowe** |  |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi i eksploatacji urządzenia (minimum 5 osób). | TAK |  |

**UWAGA:**

Dla uznania oferty za ważną Wykonawca winien zaoferować sprzęt spełniający wszystkie wymagane parametry graniczne.

W tabeli pod pkt. 8 należy opisać, wpisać, podać oferowany parametr.

Wypełniony i podpisany załącznik nr 1 należy załączyć do oferty.

Oświadczenie Wykonawcy:

Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie po dostarczeniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.

Podpis Wykonawcy: ..........................................