**Przedmiot zamówienia**: „Zakup i dostawa szorowarki dla potrzeb Miejskiego Szpitala Zespolonego w Częstochowie”

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Warunki wymagane Tak/Nie** | | **Parametry oferowane podać, opisać** | |
|  | | **Pakiet nr 1** |  | |  | |
| **II** | | **Szorowarka wraz z osprzętem – 1 komplet** | | | | |
|  | | **Producent** | Podać | |  | |
|  | | **Kraj pochodzenia** | Podać | |  | |
|  | | **Rok produkcji (nie starszy niż 2024)** | TAK | |  | |
|  | | Szorowarka | Podać model i typ | |  | |
|  | | Zasilany bateryjnie | TAK | |  | |
|  | | Bateria litowo-jonowa – 1 komplet | TAK | |  | |
|  | | Prostownik do baterii litowo-jonowej – 1 szt. | TAK | |  | |
|  | | Napęd trakcyjny | TAK | |  | |
|  | | Szorowarka prowadzona ręcznie | TAK | |  | |
|  | | Wydajność pracy mieszcząca się w granicy 1750-1840 (m2/h) | TAK, podać | |  | |
|  | | Zbiornik na wodę czystą mieszczący się w granicy 40-50L | TAK, podać | |  | |
|  | | Zbiornik na wodę brudną mieszczący się w granicy 50-60L | TAK, podać | |  | |
|  | | Prędkość obrotowa szczotki min. 140 obr/min | TAK, podać | |  | |
|  | | Nacisk szczotki mieszczący się w granicy 23-30 kg | TAK, podać | |  | |
|  | | Średnica szczotki w granicy 505-510 mm | TAK, podać | |  | |
|  | | Średnica ssawy w granicy 700-850 mm | TAK, podać | |  | |
|  | | Posiadająca 4 koła dla zwiększenia stabilności maszyny | TAK | |  | |
|  | | Wymiary (dł. x szer. x wys.) 1170-1370mm x 590-610 mm x 990-1085 mm | TAK, podać | |  | |
|  | | Moc silnika ssania min. 24/420 [V/Hz -V/W] | TAK, podać | |  | |
|  | | Moc silnika szczotek min. 24/500 [V/Hz -V/W] | TAK, podać | |  | |
|  | | Moc silnika trakcji min. 24/180 [V/Hz -V/W] | TAK, podać | |  | |
|  | | Obroty szczotki min. 140 rpm | TAK, podać | |  | |
| **Wyposażenie dodatkowe** | | | | | | |
|  | | Szczotka do szorowarki – 1 szt. | TAK | |  | |
|  | | Uchwyt pada – 1 szt. | TAK | |  | |
|  | | Pady, kolor do wyboru przez zamawiającego (czarny, brązowy, czerwony, zielony, biały) – 2 szt. | TAK | |  | |
| **Gwarancja i serwis** | | | | | | |
|  | Okres gwarancji zgodnie z formularzem oferty | | | TAK | |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | | | TAK | |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. Wykonawca musi podać własny lub zewnętrzny serwis. Podać nazwę, adres, telefon kontaktowy wraz z dokumentacją potwierdzającą autoryzację | | | TAK, podać | |  |
|  | Czas reakcji serwisu od zgłoszonej usterki max 2 dni robocze | | | TAK | |  |
|  | Podać częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów w danym okresie czasu – jeżeli jest wymagany. Ponadto zamawiający wymaga dostarczenia paszportu technicznego wraz z dostawą. | | | TAK, podać | |  |
|  | Wszystkie czynności serwisowe w okresie gwarancji w tym wymagane przez producenta przeglądy wykonane będą na koszt wykonawcy (wraz z materiałami eksploatacyjnymi). | | | TAK | |  |
|  | Gwarancja dostępności części zamiennych lub równoważnych zapewniających prawidłowe funkcjonowanie min. 10 lat od daty dostawy. | | | TAK | |  |
|  | W ramach wynagrodzenia dostawa i uruchomienie sprzętu wraz z instalacją, oraz przeszkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | | | TAK | |  |
|  | Paszport techniczny | | | TAK | |  |

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenia są kompletne i będą gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów.

Nie spełnienie któregokolwiek z parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.