**Przedmiot zamówienia**: „Zakup i dostawa noszy transportowych dla potrzeb SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespolonego w Częstochowie.”

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Warunki wymagane Tak/Nie** | **Parametry oferowane podać, opisać** |
| **Pakiet nr 1** |
| **Nosze transportowe – 1 szt.**  |
| 1 | Marka, model | uzupełnić |  |
| 2 | Rok produkcji (nie starszy, niż 2022) | uzupełnić |  |
| 3 | Nosze fabrycznie nowe | TAK |  |
| 4 | Konstrukcja noszy wykonana z aluminium  | TAK |  |
| 5 | Nosze łamane z możliwością ustawienia pozycji Trendelenburga i pozycji Fowlera | TAK |  |
| 6 | Nosze przystosowane do prowadzenia reanimacji. | TAK |  |
| 7 | Możliwość płynnej regulacji kąta nachylenia oparcia pod plecami do 90 stopni. | TAK, podać kąt nachylenia |  |
| 8 | Rama noszy pod głową pacjenta umożliwiająca odgięcie głowy do tyłu, klatki piersiowej i ułożenie na wznak | TAK |  |
| 9 | Wyposażone w min 3 częściowy zestaw pasów zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości, mocowanych bezpośrednio do ramy noszy | TAK |  |
| 10 | Wyposażone w cienki niesprę­żynujący materac umożliwiający ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych, o powierzchni antypoślizgowej, nieabsorbujący krwi i płynów, odporny na środki dezynfekujące | TAK |  |
| 11 | Nosze ze składanymi poręczami bocznymi | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 12 | Nosze z wysuwanymi rączkami do przenoszenia umieszczonymi z przodu i tyłu noszy | TAK |  |
| 13 | Maksymalne obciążenie dopuszczalne noszy min. 250 kg | TAK, podać obciążenie |  |
| 14 | Szybki i łatwy system połączenia transportera z noszami. | TAK |  |
| 15 | Regulacja wysokości w min. 2 poziomach | TAK, podać ilość poziomów |  |
| 16 | Co najmniej 2 kółka wyposażone w hamulce | TAK, podać ilość kółek wyposażonych w hamulce |  |
| 17 | Wyposażony w 4 koła skrętne o średnicy 20 cm | TAK, podać średnicę kółek |  |
| 18 | Blokada kółek do jazdy na wprost | TAK |  |
| 19 | Obciążenie dopuszczalne transportera min. 250 kg | TAK, podać dopuszczalne obciążenie |  |
| 20 | Mocowanie transportera do lawety ambulansu zgodne z wymogami PN EN 1789 +A1:2011 (lub równoważnej) | TAK |  |
| **II. Gwarancja i serwis**  |
| 1 | Certyfikat zgodności wystawiony przez niezależną jednostkę notyfikowaną na aktualne normy PN EN 1789+A1:2011 oraz PN EN 1865:1+A1 2015 (lub równoważne) dla oferowanych noszy i transportera | TAK |  |
| 2 | Instrukcja obsługi i konserwacji w języku polskim |  |  |
| 3 | Książka serwisowa |  |  |
| 4 | Karta gwarancyjna na nosze i transporter.Okres gwarancji min 24 miesiące  |  |  |
| 5 | Podać częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów w danym okresie czasu – jeżeli jest wymagany. Ponadto zamawiający wymaga dostarczenia paszportu technicznego wraz z dostawą |  |  |
| 6 | W ramach wynagrodzenia dostawa sprzętu oraz przeszkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi. |  |  |

Oświadczamy, że oferowany powyżej asortyment jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów.

Nie spełnienie któregokolwiek z parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

miejscowość, data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do

występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo