**Zał. nr 5 do zadania nr 2**

**Aparat- Komora izolacyjna do przewożenia pacjenta**

|  |  |
| --- | --- |
| Wykonawca | …………………………………………………… |
| Producent oferowanego ap. | …………………………………………………… |
| Nazwa i typ aparatu: | …………………………………………………… |
| Ilość – 4 szt. |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa parametru** | **Parametry wymagane i oceniane** | **Parametry oferowane** |
| 1 | Certyfikat CE | Tak |  |
| 2 | Gwarancja min. 24 miesiące, w tym:  -pełną bezpłatną obsługę serwisową oferowanego sprzętu w tym przeglądy techniczne wymagane przez producenta aparatu i naprawy. Naprawa wykonywana bezpośrednio po zdiagnozowaniu uszkodzenia przez użytkownika. | Tak  24 miesięcy – 0 pkt.  36 miesięcy - 8 pkt. |  |
| 3 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak. Podać punkty serwisowe |  |
| 4 | Autoryzacje przez Producenta na sprzedaż aparatu i serwis na terenie Polski | Tak |  |
| 5 | Trzykrotna naprawa tego samego podzespołu urządzenia w okresie gwarancji powoduje wymianę podzespołu na nowe nieużywane | Tak |  |
| 6 | Każda interwencja gwarancyjna powoduje wydłużenie gwarancji ponad podstawowy okres gwarancji o czas wyłączenia przedmiotu umowy z eksploatacji, trwający powyżej terminów przewidzianych na usunięcie wady. Wydłużeniu nie podlegają planowe przeglądy zgodne z wymaganiami producenta | Tak |  |
| 7 | W czasie gwarancji, w okresie przestoju aparatu (awaria, naprawa, przegląd) trwającego dłużej niż 5 dni roboczych oferent zobowiązany jest wstawić aparat o podobnych parametrach na swój koszt do czasu zakończenia naprawy | Tak |  |
| 8 | Oferent w ramach umowy wykona w okresie gwarancji przeglądy zgodnie z zaleceniami producenta.  Poda ilość przeglądów. | Tak |  |
| 9 | Założenie „Paszportu technicznego” z wpisaniem danych o urządzeniu i informacji o instalacji , uruchomieniu i dopuszczeniu do użytkowania, w Paszporcie technicznym obowiązującym w szpitalu.  Paszport Techniczny do wypełnienia przez oferenta dostarczy Zamawiający w dniu instalacji aparatu. | Tak |  |
| 10 | Podać rodzaje przeglądów i ich częstotliwość i kolejność | Tak |  |
| 11 | **Dołączyć listę kontrolną czynności wykonywana w czasie poszczególnych przeglądów** | Tak |  |
| 12 | Sprzedaż części zamiennych i akcesoriów użytkownikowi | Tak |  |
| 13 | Dostawa, instalacja, montaż i uruchomienie | Tak |  |
| 14 | Instrukcje obsługi w języku polskim | Tak |  |
| 15 | Oprogramowanie i aplikacje w języku polskim | Tak |  |
| 16 | Szkolenie personelu obsługi, | Tak |  |
| 17 | Dostępność i sprzedaż części zamiennych i akcesoriów 7 lat | Tak |  |
| 18 | Aparat nowy nieużywany, rok produkcji 2020 | Tak |  |
| 19 | **Komora izolacyjna do przewożenia pacjenta** | Tak |  |
| 20 | Wymiary | Tak |  |
| 21 | Długość komory min 190 | Tak |  |
| 22 | Szerokość min.50 | Tak |  |
| 23 | Filtracja HEPA lub P3 | Tak |  |
| 24 | Podciśnienie min 15 Pa | Tak |  |
| 25 | Przepływ powietrza min 36 m3/h | Tak |  |
| 26 | Dostęp do pacjenta min. 8 punktowy (dostęp przez rękawy izolacyjne) min 4 rękawy w kpl. na każdą komorę | Tak |  |
| 27 | Dopuszczalna masa pacjenta min. 150 kg | Tak |  |
| 28 | Komora ma posiadać pasy lub uchwyty umożliwiające jej stabilne umieszczenie na noszach | Tak |  |
| 29 | Pasy zabezpieczające pacjenta | Tak – 4 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
| 30 | Napięcie nominalne 230 v 50 Hz | Tak |  |
| 31 | Czas pracy na akumulatorze min 4 h (W zestawie akumulator , ładowarka) | Tak  Do 6 godz. – 0 pkt  7 i > godz. – 8 pkt. |  |
| 32 | Filtry Hepa lub P3 -zapasowe – 4 kpl. na każdą komorę | Tak |  |

Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji. Nie spełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

Do oferty należy dołączyć firmowe materiały i informacje z parametrami technicznymi (w języku polskim) w których winny być potwierdzone informacje spełniające wymagane parametry graniczne.

Podpis i pieczęć osoby uprawnionej