

**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI
ZDROWOTNEJ**
05-300 MIŃSK MAZOWIECKI, ul. SZPITALNA 37
NIP: 822-18-41-618

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Przedmiot Zamówienia: Zakup schodołazu dla potrzeb Przychodni Lekarskiej przy ul. Kościuszki 9

Zakup schodołazu podyktowany jest zabezpieczeniem ciągłości funkcjonowania Przychodni Lekarskiej przy ul. Kościuszki 9 oraz zapewnieniem pełnej dostępności usług medycznych dla wszystkich pacjentów, w tym osób z niepełnosprawnościami ruchowymi, osób starszych oraz pacjentów czasowo ograniczonych ruchowo (np. po urazach) –
AWARIA DŹWIGU

2. Ilość gwarantowana:

| Lp. | Nazwa | Ilość |
|-----|-----------------------|-------|
| 1 | Schodołaz gąsienicowy | 1 |

3. CPV: 33196200-0 Sprzęt dla osób niepełnosprawnych

4. Wymogi techniczne:

- Schodołaz elektryczny, gąsienicowy,
- maksymalna ładowność 160kg 1 osoba wraz z wózkiem,
- część jezdna schodołazu oraz szerokość maksymalnie wykorzystująca powierzchnię przy założeniu dostępnej powierzchni mierzonej w świetle:
 - 1) podest: 145cm x 297cm
 - 2) bieg schodów: 140 cm. Dodatkowo rzut schodów w Załączniku nr 6a,
- 2 akumulatory żelowe przy założeniu, że zasięg na jednym akumulatorze minimum 1500 schodów,
- wskaźnik poziomu naładowania baterii,
- pas bezpieczeństwa,
- maksymalne nachylenie schodów 35°
- ładowarka w zestawie,
- hamulec elektromagnetyczny,
- rok produkcji schodołazu: nie starszy niż 2025, akumulatory nie starsze niż 2026.

Schodolaz pracować będzie w budynku 5-o kondygnacyjnym, schody betonowe pokryte wykładziną PCV, rzut schodów Budynku Przychodni Lekarskiej dołączony jako Załącznik nr 6a.

5. **Usługi dodatkowe:** dostawa, wniesienie i montaż na koszt Wykonawcy.

6. **Termin realizacji:** do 2 tygodni od daty podpisania umowy.

7. **Miejsce dostawy, wniesienia i montażu urządzenia:**

PRZYCHODNIA LEKARSKA

Ul. Kościuszki 9

05-300 Mińsk Mazowiecki

NIP: 822-18-41-618

8. **Dodatkowe oświadczenia i dokumenty**

1. Deklaracja zgodności CE,
2. Instrukcja użytkowania w języku polskim w wersji papierowej,
3. Karta gwarancyjna,
4. Paszport urządzenia w języku polskim
 - Paszport musi zawierać następujące dane:
 - a) wpis o wykonaniu przeglądu zerowego urządzenia jeśli jest wymagany;
 - b) wpis o terminie kolejnego przeglądu okresowego, w formacie DD-MM-RRRR, jeśli jest wymagany;
 - c) wykaz wyposażenia jeśli jest dołączone.

9. **Wymagania gwarancyjne oraz wymagania w zakresie serwisowania:**

9.1 Gwarancja 60 miesięcy,

9.2 Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii – niezwłocznie po otrzymaniu zgłoszenia telefonicznego, potwierdzonego następnie za pomocą faksu, poczty elektronicznej, lub pisemnie, nie później jednak niż w ciągu 48 godzin w dni robocze od zawiadomienia o nieprawidłowościach w przedmiocie umowy.

9.3 Dopuszcza się dwie naprawy gwarancyjne tego samego elementu lub podzespołu w okresie gwarancji. W przypadku trzeciej usterki tego samego elementu lub podzespołu, element lub podzespół zostanie wymieniony na nowy.

10. **Wymagania dot. szkolenia:**

Dostawca zobowiązuje się do przeprowadzenia szkolenia personelu Zamawiającego potwierdzonego protokołem.

11. Załączniki:

Załącznik nr 6a – rzut schodów Budynku Przychodni Lekarskiej przy ul. Kościuszki 9.