**Zadanie nr 5 – załącznik do SWZ**

**Wózek zabiegowy szt. 3**

Producent oraz model/typ……………………………………………………………………………

Rok produkcji: …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany przez Wykonawcę** |
| **1.** | **WÓZEK ZABIEGOWY** mający zastosowanie na oddziałach szpitalnych i w gabinetach zabiegowych z blatem roboczym z tworzywa ABS | **TAK, SZT. 2** podać |  |
| 2. | wyposażony jest w cztery cichobieżne kółka jezdne (w tym 2 z blokadą). | Tak, podać |  |
| 3. | Dodatkowo górna półka wyposażona w relingi umiejscowione na trzech krawędziach. Relingi te zabezpieczające przed zsunięciem się przedmiotów | Tak, podać |  |
| 4. | Wyposażenie:   * blat boczny * pojemniki na odpady * wysuwane szuflady z oznaczeniami * nadstawkę z 10 przezroczystymi pojemnikami | Tak, podać |  |
| 5. | **Dane techniczne:**  - długość: 62cm - szerokość: 48cm - wymiary blatu: 62x48cm  - wysokość: 96,5cm (do góry blatu)  - średnica relingów zabezpieczających: 16mm  - średnica kół: 10cm  - szuflady: 2szt. niskich (6cm wysoka), 2szt. średniej wysokości (9,5cm wysoka), 1szt. wysoka (16cm wysoka)  - wymiary szuflad: 37x47cm  - ilość pojemników nadstawki nadblatowej: 10szt.  - wymiar jednego pojemnika nadstawki nadblatowej: 9,5x11cm (podstawa) , wysokość od 13cm do 16,5cm | Tak, podać |  |
| **6.** | **WÓZEK** **ZABIEGOWY** mający zastosowanie na oddziałach szpitalnych i w gabinetach zabiegowych z blatem roboczym z tworzywa ABS. | **TAK SZT. 1**, podać |  |
| 7. | Wyposażenie:   * uniwersalny kosz, * kosz na odpady (zamykany), * pojemnik na rękawiczki, * przeciwpyłowe koła, * centralny zamek, * wysuwany automatycznie, dodatkowy blat. | Tak, podać |  |
| 8. | Szuflady z mechanizmem samodomykania o wymiarach:   * 56,9 x 39,8 x 7,6 cm, * 56,9 x 39,8 x 15,5 cm, * 56,9 x 39,8 x 23,4 cm. | Tak, podać |  |
| 9. |  | Tak, podać |  |
|  | Gwarancja na zakupiony sprzęt - min. 24 miesiące |  |  |
| 10. | Ilość przeglądów zalecanych przez producenta sprzętu w okresie gwarancji Przeglądy zgodnie z dokumentacją producenta dokonywane na koszt Wykonawcy po uprzednim uzgodnieniu terminu z Zamawiającym | Tak, podać |  |

**Zamawiający wymaga złożenia wraz z ofertą następujących przedmiotowych środków dowodowych**:

1. Deklarację zgodności producenta (dotyczy wyrobów medycznych).
2. Certyfikat Jednostki Notyfikowanej (dotyczy klasy wyrobu medycznego: I sterylna, I z funkcją pomiarową, II a, II b, III.)
3. Wpis/powiadomienie/zgłoszenie do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych zgodnie z art. 58 ustawy o Wyrobach Medycznych z dnia 20 maja 2010 r. (Dz. U. Nr 107, poz. 679 z 2010 r. z późniejszymi zmianami).
4. Materiały opisowe pochodzące od producenta takie jak: oryginalne ulotki/ katalogi/opisy przedmiotu zamówienia/dokumentacja techniczna oferowanego sprzętu, instrukcję obsługi w języku polskim potwierdzające wymagane parametry - pełna informacja.

**Oświadczam, że urządzenie jest zgodne z opisem i posiada wymagane certyfikaty i dopuszczenia do stosowania.**

.................................................................................

(data i podpis wykonawcy)