**Załącznik nr 4 do SWZ**

**Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych**

**„Modernizacja i doposażenie w sprzęt medyczny Szpitalnego Oddziału Ratunkowego**

**SPS ZOZ w Lęborku – dostawa sprzętu medycznego”.**

**Część nr 5 WÓZKI TRANSPORTOWE SIEDZĄCE – FOTELE TRANSPORTOWE**

**ŁÓŻKA SZPITALNE ELEKTRYCZNE Z FUNKCJĄ TRANSPORTOWĄ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | | **PARAMETR** | | **PARAMETRY WYMAGANE/**  **Sposób oceny** | | **Parametry oferowane /Potwierdzenie wymagania** | |
| **A.** | | **Wózek transportowy siedzący – Fotel transportowy szt. 3** | | | | | |
|  | | Producent: …………………………………………………………………….…….............……...  Typ/model/ oznaczenie handlowe: ………………………………………..…..…………………  Rok produkcji: ……………….....................…. kraj pochodzenia ………………………………. | | | | | |
|  | | Cena netto …………………….. zł, podatek VAT ……%, cena brutto ………………… zł | | | | | |
| **I.** | | **Opis parametrów** | |  | |  | |
|  | | Fotel przeznaczony do przewożenia pacjentów w pozycji siedzącej | | Bez oceny – wymóg | |  | |
|  | | Konstrukcja fotela wykonana ze stali lakierowanej proszkowo w kolorze białym. | | Bez oceny – wymóg | |  | |
|  | | Wyprofilowane siedzisko oraz oparcie fotela wykonane w formie jednolitego odlewu, zaokrąglone (bez ostrych krawędzi i rogów), ze zmywalnego, wytłoczonego tworzywa sztucznego bez szwów i łączeń, o gładkiej powierzchni łatwej do dezynfekcji. | | Bez oceny – wymóg | |  | |
|  | | Dopuszczalne obciążenie min. 226 kg, min. masa ciała pacjenta 216 kg | | OCENIANY, podać  waga pacjenta:  = 216 kg – 0 pkt.  > 216 kg – 30 pkt. | |  | |
|  | | Długość całkowita fotela 1021 mm | | Bez oceny – wymóg | |  | |
|  | | Szerokość całkowita fotela 718 mm | | Bez oceny – wymóg | |  | |
|  | | Wysokość fotela bez stojaka na kroplówki 1143 mm | | Bez oceny – wymóg | |  | |
|  | | Wysokość fotela ze stojakiem na kroplówki 1854 mm | | Bez oceny – wymóg | |  | |
|  | | Szerokość siedziska 546 mm | | Bez oceny – wymóg | |  | |
|  | | Głębokość siedziska 480 mm | | Bez oceny – wymóg | |  | |
|  | | Wysokość siedziska od podłoża: 53 cm, od podnóżków: 38 cm (+/- 2 cm) | | Bez oceny – wymóg | |  | |
|  | | Wysokość oparcia pleców 530 mm | | Bez oceny – wymóg | |  | |
|  | | Długość podłokietników 510 mm | | Bez oceny – wymóg | |  | |
|  | | Możliwość mycia ciśnieniowego fotela | | Bez oceny – wymóg | |  | |
|  | | Wyprofilowane rączki do prowadzenia fotela powlekane materiałem antypoślizgowym umożliwiające personelowi med. ustawienie łokci pod ergonomicznym kątem 90° podczas transportu. | | Bez oceny – wymóg | |  | |
|  | | Wózek wyposażony w duże pełne koła tylne o średnicy co najmniej 30 cm zwiększające manewrowość fotela, antystatyczne, bez widocznej metalowej osi obrotu zaopatrzone w całkowite osłony zabezpieczające mechanizm kół przed zanieczyszczeniem oraz koła przednie skrętne o średnicy co najmniej 12 cm | | Bez oceny – wymóg | |  | |
|  | | Wózek wyposażony w centralny hamulec nożny. | | Bez oceny – wymóg | |  | |
|  | | Wózek wyposażony w 2 przyciski funkcyjne nożne : hamulec i jazda kierunkowa. | | Bez oceny – wymóg | |  | |
|  | | Odchylane i wyprofilowane podłokietniki zapewniające wyższy i dłuższy punkt podparcia dla pacjenta ułatwiające wsiadanie oraz zsiadanie z fotela. Podłokietniki odchylane poza oparcie pleców zapewniające lepszy dostęp do pacjenta. | | Bez oceny – wymóg | |  | |
|  | | Jednokolorowe punkty aktywacyjne wskazujące wszystkie elementy ruchome fotela, nieodłączalne, ułatwiające obsługę fotela. | | Bez oceny – wymóg | |  | |
|  | | Automatycznie składane podnóżki z funkcją odwodzenia na boki zmniejszające ryzyko potknięcia i zwiększające dostęp do pacjenta. Podnóżki powlekane wyprofilowanym materiałem antypoślizgowym. Wypustki w podnóżkach obsługiwane stopą umożliwiające personelowi med. umieszczenie pacjenta w fotelu bez zbędnego schylania się i dotykania podnóżków. | | Bez oceny – wymóg | |  | |
|  | | Kółka przeciw wywrotne wbudowane w ramę fotela zwiększające stabilność i bezpieczeństwo pacjenta i personelu. | | Bez oceny – wymóg | |  | |
|  | | Sztywna rama umożliwiająca wsuwanie jednego fotela w drugi. | | Bez oceny – wymóg | |  | |
|  | | Uchwyt na kartę montowany za oparciem fotela. Otwarta konstrukcja ułatwiająca czyszczenie uchwytu. | | Bez oceny – wymóg | |  | |
|  | | Uchwyty na worki na mocz montowane bezpośrednio pod siedziskiem. | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| **II.** | | **Wyposażenie dodatkowe** | |  | |  | |
|  | | Chromowany stojak na kroplówki montowany na stałe , odporny na rdzewienie, o grubości 2,5 cm., nieskładany. Załączona okrągła końcówka stojaka z min. 5 haczykami. Końcówka z haczykami dostępna w min. 6 kolorach umożliwiających identyfikacje na oddziałach. | | Bez oceny – wymóg | |  | |
|  | | Pionowy uchwyt na butlę z tlenem, ustawiony trwale w jednej pozycji. | | Bez oceny – wymóg | |  | |
|  | | 2 niezależne podpórki pod łydki składane pod siedzisko, samoblokujące się, zwalniane dźwigniami ręcznymi, montowane na stałe. | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| **III.** | | **Warunki gwarancji i serwisu** | |  | |  | |
| 1. | | * 1. Okres pełnej, bez wyłączeń gwarancji dla wszystkich zaoferowanych elementów, liczony od daty obustronnego podpisania „Protokołu zdawczo-odbiorczego z dostawy i odbioru sprzętu” bez uwag min. 24 miesiące | | Bez oceny – wymóg  Podać ilość miesięcy | |  | |
| 2. | | * 1. Zabezpieczenie serwisu w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym oraz zagwarantowanie dostępności części zamiennych przez minimum 10 lat od daty dostawy. Obsługa serwisowa na terenie Polski | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 3. | | * 1. Opieka aplikacyjna w czasie użytkowania urządzenia na żądanie Zamawiającego, bezpłatne aktualizacje oprogramowania – jeśli dotyczy | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 4. | | * 1. Bezpłatne szkolenie personelu Zamawiającego w zakresie obsługi i konserwacji urządzenia, w terminie uzgodnionym z Zamawiającym; szkolenie powinno zostać potwierdzone zaświadczeniem/certyfikatem | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 5. | | * 1. Bezpłatny serwis oraz naprawy gwarancyjne w okresie gwarancji, w tym przeglądy z częstotliwością zalecaną przez producenta urządzenia oraz dodatkowo przegląd w ostatnim miesiącu obowiązywania gwarancji; serwis świadczony będzie w miejscu użytkowania urządzenia w siedzibie Zamawiającego. Koszty dojazdu do i z miejsca użytkowania urządzenia oraz koszty części zamiennych, pakietów naprawczych itp. elementów zużywalnych, w okresie gwarancyjnym pokrywa Wykonawca | | Bez oceny – wymóg, podać zalecaną przez producenta częstość przeglądów | |  | |
| 6. | | * 1. Zapewnienie możliwości całodobowego przyjmowania zgłoszeń o awarii / usterce | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 7. | | * 1. Czas reakcji serwisu do 24 godzin od momentu zgłoszenia awarii / usterki | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 8. | | * 1. Całkowite usunięcie awarii / usterki do 48 godzin w dni robocze od zgłoszenia, w przypadku dłuższej naprawy konieczność dostarczenia urządzenia zastępczego; w przypadku 3-krotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu lub podzespołu, wymiana tego elementu lub podzespołu na oryginalnie nowy | | Bez oceny – wymóg | |  | |
|  | | * 1. **Pozostałe wymagania** | |  | |  | |
| 9. | | * 1. Urządzenie i jego części składowe w pełni sprawne, fabrycznie nowe, nieużywane, kompletne, nierekondycjonowane, posiadające niezbędne instrukcje, paszporty techniczne, gwarancje i dokumentację w języku polskim | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 10. | | * 1. Termin dostawy maksymalnie 2 miesiące od podpisania umowy z usługą wniesienia | | Bez oceny – wymóg, podać | |  | |
| 11. | | * 1. Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej, karta eksploatacji sprzętu, karta gwarancyjna dołączone do dostawy | | Bez oceny – wymóg | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | | **PARAMETR** | | **PARAMETRY WYMAGANE/**  **Sposób oceny** | | **Parametry oferowane /Potwierdzenie wymagania** | |
| **B.** | | **Wózek transportowy szt. 2** | | | | | |
|  | | Producent: …………………………………………………………………….…….............……...  Typ/model/ oznaczenie handlowe: ………………………………………..…..…………………  Rok produkcji: ……………….....................…. kraj pochodzenia ………………………………. | | | | | |
|  | | Cena netto …………………….. zł, podatek VAT ……%, cena brutto ………………… zł | | | | | |
| **I.** | | * 1. **Opis parametrów** | |  | |  | |
| 1. | | Wózek przeznaczony do przewożenia pacjentów w pozycji leżącej, drobnych zabiegów i krótkiego pobytu (leczenia i rekonwalescencji) | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 2. | | Konstrukcja wózka wykonana ze stali lakierowanej proszkowo oparta na 2 kolumnach cylindrycznych z osłoną o gładkiej powierzchni łatwej do dezynfekcji (nie osłoniętych tworzywem składającym się w harmonijkę). Platforma leża podzielona na 2 segmenty. Nie dopuszcza się wózka do transportu pacjenta o konstrukcji wózka na zasadzie pantografu. | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 3. | | * 1. Platforma leża 2 segmentowa wykonana w formie jednolitego odlewu, zaokrąglona (bez ostrych krawędzi i rogów), łatwa do dezynfekcji, wykonana z tworzywa sztucznego odpornego na działanie środków chemicznych i uszkodzeń. | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 4. | | * 1. Podwozie zabudowane pokrywą z tworzywa sztucznego z miejscem do przechowywania rzeczy pacjenta lub dodatkowego sprzętu (np. butli z tlenem), z udźwigiem min. 26 kg | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 5. | | * 1. Możliwość zamontowania w każdym z naroży wózka pionowego uchwytu na butlę z tlenem, montowany bez użycia dodatkowych narzędzi | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 6. | | * 1. Dopuszczalne obciążenie robocze wózka (pacjent + osprzęt i dodatkowe urządzenia) - min. 250 kg i dopuszczalna waga przewożonego pacjenta min. 215 kg | | OCENIANY, podać  waga pacjenta:  = 215 kg – 0 pkt.  > 215 kg – 30 pkt. | |  | |
| 7. | | * 1. Długość całkowita wózka: 2170mm±30mm | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 8. | | Szerokość całkowita wózka z opuszczonymi barierkami: 735mm±10mm | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 9. | | * 1. Szerokość całkowita wózka z podniesionymi barierkami: 790mm±10mm | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 10. | | * 1. Wymiary leża (przestrzeń dla pacjenta): długość min. 193 cm, szerokość min. 62 cm | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 11. | | * 1. Składane, ergonomiczne rączki do prowadzenia wózka zlokalizowane od strony głowy i od strony nóg pacjenta ułatwiające dostęp do pacjenta (m.in. podczas akcji reanimacyjnej). Rączki składane poniżej poziomu materaca. | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 12. | | * 1. Wózek wyposażony w piąte koło kierunkowe o średnicy min.120 mm z funkcją jazdy swobodnej bądź kierunkowej, realizowaną poprzez uniesienie lub dociśnięcie koła do podłoża. | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 13. | | * 1. Pojedyncze koła o średnicy co najmniej 190 mm, bez widocznej metalowej osi obrotu zaopatrzone w osłony zabezpieczające mechanizm kół przed zanieczyszczeniem | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 14. | | * 1. Hydrauliczna regulacja wysokości leża dostępna z obu stron wózka, za pomocą dźwigni nożnej w zakresie 56 – 86 cm ±3cm (mierzone od podłoża do górnej płaszczyzny leża bez materaca) | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 15. | | * 1. Wózek wyposażony w centralny system hamulcowy, z jednoczesnym blokowaniem wszystkich kół, co do obrotu wokół osi, toczenia i sterowania kierunkiem jazdy, z wyraźnym zaznaczeniem kolorystycznym blokady hamulców (czerwony) i funkcji jazdy kierunkowej (zielony). | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 16. | | * 1. Centralny system blokowania kół obsługiwany z dwóch stron wózka jedną dźwignią nożną, trójpozycyjny – jazda swobodna, jazda kierunkowa, hamulec. | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 17. | | * 1. Barierki boczne chromowane, składane (wyróżnione kolorystycznie elementy aktywujące) z gładką, wyprofilowaną szczytową powierzchnią tworzywową ułatwiającą prowadzenie wózka oraz nie rysującą ścian. | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 18. | | * 1. Barierki boczne metalowe lub chromowane, chowane pod ramę leża (nie wzdłuż leża w pozycji równo z ramą lub w pozycji powyżej ramy leża), gwarantujące brak przerw transferowych. Wyprofilowane barierki z uchwytami do pchania/ciągnięcia na końcu wózka od strony nóg. | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 19. | | * 1. Regulacja segmentu pleców manualna ze wspomaganiem sprężyn gazowych co najmniej od 0°-85° | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 20. | | * 1. Pozycja Trendelenburga/ anty-Trendelenburga regulowana hydraulicznie w zakresie ±16°(±3°) przy użyciu pedałów nożnych z obu dłuższych stron wózka | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 21. | | * 1. Dźwignie regulacji przechyłów: Trendelenburga/AntyTrendelenburga oraz opuszczania leża dostępna z obu stron dłuższych boków wózka, regulacja tych trzech opcji realizowana płynnie za pomocą jednego dedykowanego pedału. | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 22. | | * 1. Tuleje na wieszaki infuzyjne lub na inne akcesoria każdym narożu wózka | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 23. | | * 1. Uchwyty na worki urologiczne z obu dłuższych stron leża. | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 24. | | * 1. Materac piankowy w pokrowcu z osłoną poliestrową, powlekany poliuretanem i poliamidem, o grubości min. 8 cm. Materac mocowany na rzepy, w sposób uniemożliwiający samoczynne przesuwanie | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| **II.** | | * 1. **Wyposażenie dodatkowe** | |  | |  | |
| 25. | | * 1. Teleskopowy metalowy lub chromowany , co najmniej 2 segmentowy, składany wszerz lub wzdłuż leża wieszak infuzyjny z regulacją wysokości, montaż stały, min. 2 haki, obciążenie stojaka kroplówki min.15kg. | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| **III.** | | **Warunki gwarancji i serwisu** | |  | |  | |
| 1. | | * 1. Okres pełnej, bez wyłączeń gwarancji dla wszystkich zaoferowanych elementów, liczony od daty obustronnego podpisania „Protokołu zdawczo-odbiorczego z dostawy i odbioru sprzętu” bez uwag min. 24 miesiące | | Bez oceny – wymóg  Podać ilość miesięcy | |  | |
| 2. | | * 1. Zabezpieczenie serwisu w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym oraz zagwarantowanie dostępności części zamiennych przez minimum 10 lat od daty dostawy. Obsługa serwisowa na terenie Polski | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 3. | | * 1. Opieka aplikacyjna w czasie użytkowania urządzenia na żądanie Zamawiającego, bezpłatne aktualizacje oprogramowania – jeśli dotyczy | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 4. | | * 1. Bezpłatne szkolenie personelu Zamawiającego w zakresie obsługi i konserwacji urządzenia, w terminie uzgodnionym z Zamawiającym; szkolenie powinno zostać potwierdzone zaświadczeniem/certyfikatem | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 5. | | * 1. Bezpłatny serwis oraz naprawy gwarancyjne w okresie gwarancji, w tym przeglądy z częstotliwością zalecaną przez producenta urządzenia oraz dodatkowo przegląd w ostatnim miesiącu obowiązywania gwarancji; serwis świadczony będzie w miejscu użytkowania urządzenia w siedzibie Zamawiającego. Koszty dojazdu do i z miejsca użytkowania urządzenia oraz koszty części zamiennych, pakietów naprawczych itp. elementów zużywalnych, w okresie gwarancyjnym pokrywa Wykonawca | | Bez oceny – wymóg, podać zalecaną przez producenta częstość przeglądów | |  | |
| 6. | | * 1. Zapewnienie możliwości całodobowego przyjmowania zgłoszeń o awarii / usterce | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 7. | | * 1. Czas reakcji serwisu do 24 godzin od momentu zgłoszenia awarii / usterki | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 8. | | * 1. Całkowite usunięcie awarii / usterki do 48 godzin w dni robocze od zgłoszenia, w przypadku dłuższej naprawy konieczność dostarczenia urządzenia zastępczego; w przypadku 3-krotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu lub podzespołu, wymiana tego elementu lub podzespołu na oryginalnie nowy | | Bez oceny – wymóg | |  | |
|  | | * 1. **Pozostałe wymagania** | |  | |  | |
| 9. | | * 1. Urządzenie i jego części składowe w pełni sprawne, fabrycznie nowe, nieużywane, kompletne, nierekondycjonowane, posiadające niezbędne instrukcje, paszporty techniczne, gwarancje i dokumentację w języku polskim | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 10. | | * 1. Termin dostawy maksymalnie 2 miesiące od podpisania umowy z usługą wniesienia | | Bez oceny – wymóg, podać | |  | |
| 11. | | * 1. Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej, karta eksploatacji sprzętu, karta gwarancyjna dołączone do dostawy | | Bez oceny – wymóg | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | | **PARAMETR** | | **PARAMETRY WYMAGANE/**  **Sposób oceny** | | **Parametry oferowane /Potwierdzenie wymagania** | |
| **C.** | | **Wózek do przewozu chorych z napędem elektrycznym z leżem wykonanym z materiału przeziernego dla promieni RTG szt. 1** | | | | | |
|  | | Producent: …………………………………………………………………….…….............……...  Typ/model/ oznaczenie handlowe: ………………………………………..…..…………………  Rok produkcji: ……………….....................…. kraj pochodzenia ………………………………. | | | | | |
|  | | Cena netto …………………….. zł, podatek VAT ……%, cena brutto ………………… zł | | | | | |
| **I.** | | **Opis parametrów** | |  | |  | |
| 1. | | * 1. Wózek przeznaczony do przewożenia pacjentów w pozycji leżącej, drobnych zabiegów i krótkiego pobytu (leczenia i rekonwalescencji) | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 2. | | * 1. Konstrukcja wózka wykonana ze stali lakierowanej proszkowo oparta na 2 kolumnach cylindrycznych z osłoną o gładkiej powierzchni łatwej do dezynfekcji (nie osłoniętych tworzywem składającym się w harmonijkę). Platforma leża podzielona na 2 segmenty wypełnione płytami z tworzywa sztucznego ABS przeziernymi dla promieni RTG. | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 3. | | * 1. Platforma leża 2 segmentowa wykonana w formie jednolitego odlewu, zaokrąglona (bez ostrych krawędzi i rogów), łatwa do dezynfekcji, wykonana z wysokiej jakości tworzywa sztucznego odpornego na działanie środków chemicznych i uszkodzeń. | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 4. | | * 1. Podwozie zabudowane pokrywą z tworzywa sztucznego z miejscem do przechowywania rzeczy pacjenta lub dodatkowego sprzętu | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 5. | | * 1. Zintegrowany uchwyt na butlę z tlenem montowany bezpośrednio pod leżem w celu łatwego podłączenia do pacjenta | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 6. | | * 1. Dopuszczalne obciążenie min.315 kg, min. masa ciała pacjenta 305kg | | OCENIANY, podać  waga pacjenta:  = 305 kg – 0 pkt.  > 305 kg – 30 pkt. | |  | |
| 7. | | * 1. Długość całkowita wózka max.2200mm | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 8. | | * 1. Szerokość całkowita wózka z opuszczonymi barierkami w zakresie 760-780 mm | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 9. | | * 1. Szerokość całkowita wózka z podniesionymi barierkami w zakresie 950-980mm | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 10. | | * 1. Wymiary leża (przestrzeń dla pacjenta): długość min.1910 mm, szerokość min.760 mm | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 11. | | * 1. 2 segmentowe leże całkowicie przezierne dla promieni RTG umożliwiające wykonanie zdjęć na całej długości leża (od głowy do stóp) | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 12. | | * 1. Leże o strukturze kompozytu gwarantującej zwiększoną przezierność w celu uzyskania zdjęć wysokiej jakości | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 13. | | * 1. Min.4 cm prześwit między platformą leża, a ramą wózka wyprofilowaną, w celu łatwego i bezpiecznego wprowadzania kasety RTG z każdej strony wózka (dostęp 360o). | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 14. | | * 1. Wózek wyposażony w podziałkę w poprzek i wzdłuż leża oraz wyprofilowaną ramę ułatwiającą pozycjonowanie kasety RTG. | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 15. | | * 1. Składane, ergonomiczne rączki do prowadzenia wózka zlokalizowane od strony głowy pacjenta ułatwiające dostęp do pacjenta (m.in. podczas akcji reanimacyjnej). Rączki składane poniżej poziomu materaca. | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 16. | | Wózek wyposażony w system napędowy z funkcją jazdy kierunkowej. System napędowy wyposażony w 2 akumulatory umożliwiające transport wózka z pacjentem bez jakiegokolwiek wysiłku fizycznego.   * 1. System napędowy uruchamiany za pomocą przycisków aktywujących znajdujących się w uchwytach do prowadzenia wózka. | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 17. | | Wózek wyposażony w funkcję dużego koła o średnicy min. 30 cm. Koła pełne, bez widocznej metalowej osi obrotu zaopatrzone w osłony zabezpieczające mechanizm kół przed zanieczyszczeniem z funkcją jazdy swobodnej bądź kierunkowej, realizowaną poprzez uniesienie lub dociśnięcie kół do podłoża. | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 18. | | Pojedyncze koła o średnicy co najmniej 20 cm, bez widocznej metalowej osi obrotu zaopatrzone w osłony zabezpieczające mechanizm kół przed zanieczyszczeniem | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 19. | | System napędowy wyposażony w wyświetlacz wskazujący poziom naładowania akumulatora. | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 20. | | Możliwość odłączenia systemu napędowego pokrętłem znajdującym się w pokrywie podwozia (wydłużenie żywotności akumulatora/ów) | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 21. | | Hydrauliczna regulacja wysokości leża dostępna z obu stron wózka, za pomocą dźwigni nożnej w zakresie 580-860mm ± 30mm(mierzone od podłoża do górnej płaszczyzny leża bez materaca) | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 22. | | Wózek wyposażony w centralny system hamulcowy, z jednoczesnym blokowaniem wszystkich kół, co do obrotu wokół osi, toczenia i sterowania kierunkiem jazdy, z wyraźnym zaznaczeniem kolorystycznym blokady hamulców i funkcji jazdy kierunkowej. | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 23. | | Centralny system blokowania kół obsługiwany z obu stron wózka jedną dźwignią nożną, trójpozycyjny – jazda swobodna, jazda kierunkowa, hamulec. | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 24. | | Barierki boczne chromowane lub metalowe, składane o wysokości min. 36 cm i długości min. 146 cm z gładką, wyprofilowaną powierzchnią tworzywową w kolorze czerwonym, ułatwiającą prowadzenie wózka oraz nie rysującą ścian. | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 25. | | Barierki boczne chowane pod leże gwarantujące brak przerw transferowych. Wyprofilowane barierki z uchwytami do pchania/ciągnięcia na końcu wózka od strony nóg. | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 26. | | Regulacja segmentu pleców manualna ze wspomaganiem sprężyn gazowych w zakresie min. od 0°-85°. | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 27. | | Możliwość uniesienia segmentu nóg w celu łatwiejszego czyszczenia i dezynfekcji. | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 28. | | Pozycja Trendelenburga/ anty-Trendelenburga regulowana hydraulicznie w zakresie ±16° (±2°) przy użyciu pedałów nożnych z obu stron wózka | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 29. | | Uchwyty na worki urologiczne po obu stronach leża | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 30. | | Listwy odbojowe w czerwonym kolorze zabezpieczające wszystkie naroża wózka | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 31. | | Klasa szczelności min. IPX5 | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 32. | | Odbojniki nad kołami, uchwyty do prowadzenia wózka, listwy tworzywowe barierek oraz listwy odbojowe w kolorze czerwonym w celu łatwej identyfikacji wózka. | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 33. | | Materac piankowy, przeciwodleżynowy (od 1 do 4 st. odleżyn), w pokrowcu poliuretan/poliwęglan zwiększający wytrzymałość na środki chemiczne, nieprzemakalnym, paro przepuszczalny , o zgrzewanych krawędziach (nie zszywanych) zapobiegających przedostaniu się płynów do wnętrza materaca, odpinanym na zamek błyskawiczny z okapnikiem, o grubości ok.8- 10 cm, niepalny (zgodnie z norma EN 597-1 i EN 597-2), o udźwigu min. 317 kg, przezierny dla promieni RTG. | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 34. | | Materac mocowany na rzepy, w sposób uniemożliwiający samoczynne przesuwanie | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| **II.** | | **Wyposażenie dodatkowe** | |  | |  | |
| 35. | | Teleskopowy chromowany lub metalowy wieszak infuzyjny min.2 częściowy z regulacją wysokości, wyjmowany, min. 2 haki. | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| **III.** | | **Warunki gwarancji i serwisu** | |  | |  | |
| 1. | | * 1. Okres pełnej, bez wyłączeń gwarancji dla wszystkich zaoferowanych elementów, liczony od daty obustronnego podpisania „Protokołu zdawczo-odbiorczego z dostawy i odbioru sprzętu” bez uwag min. 24 miesiące | | Bez oceny – wymóg  Podać ilość miesięcy | |  | |
| 2. | | * 1. Zabezpieczenie serwisu w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym oraz zagwarantowanie dostępności części zamiennych przez minimum 10 lat od daty dostawy. Obsługa serwisowa na terenie Polski | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 3. | | * 1. Opieka aplikacyjna w czasie użytkowania urządzenia na żądanie Zamawiającego, bezpłatne aktualizacje oprogramowania – jeśli dotyczy | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 4. | | * 1. Bezpłatne szkolenie personelu Zamawiającego w zakresie obsługi i konserwacji urządzenia, w terminie uzgodnionym z Zamawiającym; szkolenie powinno zostać potwierdzone zaświadczeniem/certyfikatem | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 5. | | * 1. Bezpłatny serwis oraz naprawy gwarancyjne w okresie gwarancji, w tym przeglądy z częstotliwością zalecaną przez producenta urządzenia oraz dodatkowo przegląd w ostatnim miesiącu obowiązywania gwarancji; serwis świadczony będzie w miejscu użytkowania urządzenia w siedzibie Zamawiającego. Koszty dojazdu do i z miejsca użytkowania urządzenia oraz koszty części zamiennych, pakietów naprawczych itp. elementów zużywalnych, w okresie gwarancyjnym pokrywa Wykonawca | | Bez oceny – wymóg, podać zalecaną przez producenta częstość przeglądów | |  | |
| 6. | | * 1. Zapewnienie możliwości całodobowego przyjmowania zgłoszeń o awarii / usterce | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 7. | | * 1. Czas reakcji serwisu do 24 godzin od momentu zgłoszenia awarii / usterki | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 8. | | * 1. Całkowite usunięcie awarii / usterki do 48 godzin w dni robocze od zgłoszenia, w przypadku dłuższej naprawy konieczność dostarczenia urządzenia zastępczego; w przypadku 3-krotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu lub podzespołu, wymiana tego elementu lub podzespołu na oryginalnie nowy | | Bez oceny – wymóg | |  | |
|  | | * 1. **Pozostałe wymagania** | |  | |  | |
| 9. | | * 1. Urządzenie i jego części składowe w pełni sprawne, fabrycznie nowe, nieużywane, kompletne, nierekondycjonowane, posiadające niezbędne instrukcje, paszporty techniczne, gwarancje i dokumentację w języku polskim | | Bez oceny – wymóg | |  | |
| 10. | | * 1. Termin dostawy maksymalnie 2 miesiące od podpisania umowy z usługą wniesienia | | Bez oceny – wymóg, podać | |  | |
| 11. | | * 1. Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej, karta eksploatacji sprzętu, karta gwarancyjna dołączone do dostawy | | Bez oceny – wymóg | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **D.** | **ŁÓŻKA SZPITALNE ELEKTRYCZNE Z FUNKCJĄ TRANSPORTOWĄ SZT. 6** | | |
|  | Producent: …………………………………………………………………….…….............……...  Typ/model/ oznaczenie handlowe: ………………………………………..…..…………………  Rok produkcji: ……………….....................…. kraj pochodzenia ………………………………. | | |
|  | Cena netto …………………….. zł, podatek VAT ……%, cena brutto ………………… zł | | |
| **II.** | * 1. **Opis parametrów** |  |  |
|  | * 1. Zasilanie 100 -240 V, 50-60 Hz z sygnalizacją diodową na panelu sterowniczym o podłączeniu do sieci w celu uniknięcia nieświadomego wyrwania kabla z gniazdka i uszkodzenia łóżka lub gniazdka | Bez oceny – wymóg |  |
| 2. | * 1. Konstrukcja łóżka oparta o system pantografowy w celu zwiększenia stabilności leża bez względu na rozłożenie ciężaru na całej jego powierzchni | Bez oceny – wymóg |  |
| 3. | * 1. Wbudowany akumulator do zasilania podczas transportu i w sytuacjach zaniku prądu z sygnalizacją diodową na panelu sterowniczym i wskaźnikiem poziomu naładowania. | Bez oceny – wymóg |  |
| 4. | * 1. Długość zewnętrzna łóżka – 2200mm (+/-10mm) z możliwością przedłużania leża do minimum długości 300mm dla pacjentów wysokiego wzrost. | Bez oceny – wymóg |  |
| 5. | * 1. Szerokość zewnętrzna łóżka przy podniesionych barierkach nie większa niż 1000 mm | Bez oceny – wymóg |  |
| 6. | Konstrukcja łóżka wykonana ze stali malowanej metodą proszkową lub natrysku elektrostatycznego. Leże podzielone na min. 4 segmenty z czego min. 3 ruchome. | Bez oceny – wymóg |  |
| 7. | * 1. Segmenty leża wypełnione poprzecznymi panelami ze zmywalnego tworzywa sztucznego i/lub płytą HPL, zapewniającymi stabilną podstawę dla materaca. | Bez oceny – wymóg |  |
| 8. | * 1. Łóżko w pełni zgodne z obowiązującą normą PN-EN 60601-2-52 oraz PN-EN 60601-1-2. | TAK – 10 pkt  NIE – 0 pkt |  |
| 9. | * 1. Na całej długości i szerokości łóżka w każdej pozycji i ustawieniach, prześwit pod łóżkiem wynoszący min.15 cm. (jedynym elementem, który może znajdować się poniżej tej wysokości może być piąte koło kierunkowe) | Bez oceny – wymóg |  |
| 10. | Bezpieczne obciążenie robocze 250 kg dla pozycji leża. Max. waga pacjenta min.215 kg. | Bez oceny - wymóg |  |
| 11. | * 1. Szczyty łóżka wyjmowane od strony nóg i głowy z elementem kolorystycznym umożliwiające łatwy dostęp do pacjenta bez konieczności użycia narzędzi bądź zdjęcia blokad. | Bez oceny – wymóg |  |
| 12. | Sterowanie elektryczne przy pomocy:  - zintegrowanego sterowania w barierkach bocznych zarówno od strony wewnętrznej dla pacjenta jak i zewnętrznej dla personelu med.  - sterowanie za pomocą panelu sterowniczego głównego dla personelu med. montowanego na szczycie od strony nóg posiadającego piktogramy pozwalające na łatwą identyfikację funkcji wykonywanej za pomocą konkretnego przycisku  - pilota przewodowego dla pacjenta zawieszanego na poręczy bocznej z funkcjami: regulacja segm. pleców i nóg, autokontur, regulacja wysokości. | Bez oceny – wymóg |  |
| 13. | * 1. Regulacja elektryczna wysokości leża, w zakresie 370 mm do 750mm (+/- 30 mm) gwarantująca bezpieczne opuszczanie łóżka i zapobiegająca „zeskakiwaniu z łóżka” | Bez oceny – wymóg |  |
| 14. | * 1. Wskaźnik najniższego położenia leża w postaci diody LED na sterownikach wbudowanych w barierki boczne od strony zewnętrznej. | TAK – 10 pkt  NIE – 0 pkt |  |
| 15. | * 1. Regulacja elektryczna części plecowej w zakresie 0-60° +/- 5° | Bez oceny – wymóg |  |
| 16. | * 1. Leże w sekcji pleców przezierne dla promieni RTG, z uchwytem na kasetę. | Bez oceny – wymóg |  |
| 17. | * 1. Regulacja elektryczna części nożnej w zakresie 0-30° +/- 5° | Bez oceny – wymóg |  |
| 18. | * 1. Regulacja manualna sekcji podparcia podudzi | Bez oceny – wymóg |  |
| 19. | * 1. System podwójnej autoregresji przy podnoszeniu segmentów pleców (min.10 cm) i nóg (min.5 cm) | Bez oceny – wymóg |  |
| 20. | * 1. Regulacja elektryczna funkcji autokontur, sterowanie przy pomocy jednego przycisku na panelu sterowniczym dla personelu med. montowanego na szczycie łóżka od strony nóg oraz na sterownikach wbudowanych w barierki boczne od strony wewnętrznej | Bez oceny – wymóg |  |
| 21. | * 1. Regulacja elektryczna pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga min.12°– sterowanie na panelu sterowniczym montowanego na szczycie łóżka od strony nóg oraz na sterownikach wbudowanych w barierki boczne od strony zewnętrznej | Bez oceny – wymóg |  |
| 22. | * 1. Regulacja elektryczna do pozycji krzesła kardiologicznego – sterowanie przy pomocy jednego oznaczonego odpowiednim piktogramem przycisku na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg oraz na sterownikach wbudowanych w barierki boczne od strony wewnętrznej | Bez oceny – wymóg |  |
| 23. | * 1. Elektryczna funkcja CPR - sterowanie przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg oraz na sterownikach wbudowanych w barierki boczne od strony zewnętrznej(wymaga się sterowania elektrycznej funkcji CPR przy pomocy jednego przycisku jednoczasowo oraz bez kombinacji z innymi przyciskami funkcyjnymi) | TAK – 10 pkt  NIE – 0 pkt |  |
| 24. | * 1. Elektryczna funkcja CPR oraz elektryczna funkcja naczyniowa (antyszokowa), oznaczone odrębnymi kolorami i odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg oraz na sterownikach wbudowanych w barierki boczne od strony zewnętrznej. Obie funkcje omijają blokadę sterowania. | Bez oceny – wymóg |  |
| 25. | * 1. Elektryczna pozycja egzaminacyjna, do badań, sterowanie przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg oraz na sterownikach wbudowanych w barierki boczne od strony zewnętrznej | Bez oceny – wymóg |  |
| 26. | * 1. Elektryczna dedykowana pozycja ułatwiająca wejście i zejście z łóżka pacjentowi, przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg oraz na sterownikach wbudowanych w barierki boczne od strony wewnętrznej | Bez oceny – wymóg |  |
| 27. | Blokada funkcji elektrycznych (na panelu sterowniczym) dla poszczególnych regulacji:  - regulacji wysokości  - regulacji części plecowej  - regulacji części nożnej   * 1. Zablokowane funkcje widoczne na panelach w poręczach bocznych (zew. i wew.) za pomocą sygnalizacji diodowej LED. | Bez oceny – wymóg |  |
| 28. | Elektryczna i mechaniczna funkcja CPR. | Bez oceny – wymóg |  |
| 29. | * 1. Mechaniczna funkcja CPR umożliwiająca natychmiastowe opuszczenie segmentu oparcia, dostępna z obu stron wezgłowia łóżka. Funkcja musi być łatwo dostępna bez względu na pozycję barierek bocznych (opuszczone czy podniesione). | Bez oceny – wymóg |  |
| 30. | * 1. Wskaźnik naładowania baterii widoczny w panelach sterowania wbudowanych w poręczach bocznych (zew.) oraz na panelu sterowniczym dla personelu med. | Bez oceny – wymóg |  |
| 31. | * 1. Podwójne koła z centralnym systemem hamulcowym. | Bez oceny – wymóg |  |
| 32. | * 1. Łóżko wyposażone w piąte koło kierunkowe. | Bez oceny – wymóg |  |
| 33. | * 1. Centralna blokada wszystkich kół jednocześnie, dźwignie hamulców i jazdy z wszystkich 4 stron kół z kolorystycznym oznaczeniem funkcji dźwigni. | Bez oceny – wymóg |  |
| 34. | * 1. Podwójne koła o średnicy min. 150mm bez widocznej metalowej osi obrotu zaopatrzone w osłony zabezpieczające mechanizm kół przed zanieczyszczeniem gwarantujące doskonałą mobilność łóżka. | Bez oceny – wymóg |  |
| 35. | * 1. Łóżko wyposażone w dzielone barierki boczne, zabezpieczające pacjenta na całej długości leża. Wbudowane wizualne wskaźniki kąta nachylenia segmentu oparcia do 90° oraz kąta nachylenia ramy łóżka do 15°. | Bez oceny – wymóg |  |
| 36. | * 1. Barierki boczne składane, ze wspomaganiem gazowym, samoblokujące się, opuszczane pod leże, poniżej wysokości materaca. | Bez oceny – wymóg |  |
| 37. | * 1. Zintegrowane sterowanie w barierkach umieszczone po wewnętrznej jak i zewnętrznej stronie (dla personelu jak i dla pacjenta). Sterowanie w części barierki od strony głowy na wysokości wzroku leżącego pacjenta z dużymi wyraźnymi piktogramami w celu łatwej identyfikacji regulacji. | Bez oceny – wymóg |  |
| 38. | * 1. Barierki tworzywowe poruszające się wraz z segmentami leża – zabezpieczające również w pozycji siedzącej. | Bez oceny – wymóg |  |
| 39. | * 1. Barierki boczne z wyprofilowanymi uchwytami mogącymi służyć jako podparcie dla pacjenta podczas wstawania, na każdej z barierek przynajmniej dwa miejsca stabilnego uchwytu pozwalające na chwycenie jej obiema rękami na raz. | Bez oceny – wymóg |  |
| 40. | * 1. 4 kółka odbojowe w narożach łóżka chroniące przed uszkodzeniami | Bez oceny – wymóg |  |
| 41. | * 1. Uchwyty obejmujące materac, po każdej ze stron, zapobiegają przesuwaniu się materaca po płycie leża, min.3 po każdej ze stron. | Bez oceny – wymóg |  |
| 42. | * 1. Podświetlenie leża | Bez oceny – wymóg |  |
| 43. | * 1. Uchwyt z 4 haczykami na worki urologiczne umiejscowiony z obu stron leża, bezpieczne obciążenie robocze min.2kg | Bez oceny – wymóg |  |
| 44. | * 1. Możliwość wyboru elementów kolorystycznych łóżka min. 6 kolorów | Bez oceny – wymóg |  |
| 45. | * 1. Łóżko posiadające wysuwaną spod leża półkę (np. do odkładania pościeli lub chowania centralnego panelu sterowniczego), udźwig min.15kg. | Bez oceny – wymóg |  |
| 46. | * 1. Łóżko wyposażone w materac wodoodporny, paro przepuszczalny, przygotowany pod wymiar łóżka, nadający się do prania i dezynfekcji. Grubość materaca min. 12 cm. | Bez oceny – wymóg |  |
| 47. | * 1. Pokrowiec na materac paroprzepuszczalny, wodoszczelny, wykonany z poliestru z wodoszczelną, paroprzepuszczalną i antyalergiczną powłoką poliuretanową, nadający się do prania w temperaturze do 95 °C. | Bez oceny – wymóg |  |
| **III.** | * 1. **Warunki gwarancji i serwisu** |  |  |
| 1. | * 1. Okres pełnej, bez wyłączeń gwarancji dla wszystkich zaoferowanych elementów, liczony od daty obustronnego podpisania „Protokołu zdawczo-odbiorczego z dostawy i odbioru sprzętu” bez uwag min. 24 miesiące | Bez oceny – wymóg  Podać ilość miesięcy |  |
| 2. | * 1. Zabezpieczenie serwisu w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym oraz zagwarantowanie dostępności części zamiennych przez minimum 10 lat od daty dostawy. Obsługa serwisowa na terenie Polski | Bez oceny – wymóg |  |
| 3. | * 1. Opieka aplikacyjna w czasie użytkowania urządzenia na żądanie Zamawiającego, bezpłatne aktualizacje oprogramowania – jeśli dotyczy | Bez oceny – wymóg |  |
| 4. | * 1. Bezpłatne szkolenie personelu Zamawiającego w zakresie obsługi i konserwacji urządzenia, pozwalające na samodzielne podjęcie pracy na danym urządzeniu, w terminie uzgodnionym z Zamawiającym; szkolenie powinno zostać potwierdzone zaświadczeniem/certyfikatem | Bez oceny – wymóg |  |
| 5. | * 1. Bezpłatny serwis oraz naprawy gwarancyjne w okresie gwarancji, w tym przeglądy z częstotliwością zalecaną przez producenta urządzenia oraz dodatkowo przegląd w ostatnim miesiącu obowiązywania gwarancji; serwis świadczony będzie w miejscu użytkowania urządzenia w siedzibie Zamawiającego. Koszty dojazdu do i z miejsca użytkowania urządzenia oraz koszty części zamiennych, pakietów naprawczych itp. elementów zużywalnych, w okresie gwarancyjnym pokrywa Wykonawca | Bez oceny – wymóg podać zalecaną przez producenta częstość przeglądów |  |
| 6. | * 1. Zapewnienie możliwości całodobowego przyjmowania zgłoszeń o awarii / usterce | Bez oceny – wymóg |  |
| 7. | * 1. Czas reakcji serwisu do 24 godzin od momentu zgłoszenia awarii / usterki | Bez oceny – wymóg |  |
| 8. | * 1. Całkowite usunięcie awarii / usterki do 48 godzin w dni robocze od zgłoszenia, w przypadku dłuższej naprawy konieczność dostarczenia urządzenia zastępczego; w przypadku 3-krotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu lub podzespołu, wymiana tego elementu lub podzespołu na oryginalnie nowy | Bez oceny – wymóg |  |
|  | * 1. **Pozostałe wymagania** |  |  |
| 9. | * 1. Urządzenie i jego części składowe w pełni sprawne, fabrycznie nowe, nieużywane, kompletne, nierekondycjonowane, posiadające niezbędne instrukcje, paszporty techniczne, gwarancje i dokumentację w języku polskim | Bez oceny – wymóg |  |
| 10. | Termin dostawy maksymalnie 2 miesiące od podpisania umowy z usługą wniesienia | Bez oceny – wymóg, podać |  |
| 11. | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej, karta eksploatacji sprzętu, karta gwarancyjna dołączone do dostawy | Bez oceny – wymóg |  |

Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie będzie skutkowało odrzuceniem oferty. Kolumna „Parametr oferowany” musi być wypełniona.

**UWAGA!**

Wszystkie parametry techniczne oferowanego urządzenia należy potwierdzić poprzez zaznaczenie w dołączonym do oferty katalogu/ folderze lub innym równoważnym dokumencie. Zamawiający zaleca, aby celem identyfikacji, przy każdym zaznaczeniu Wykonawca podał nr pozycji z Zestawienia. W przypadku, gdy oryginalny dokument producenta jest w innym języku niż język polski, należy dołączyć tłumaczenie. Zamawiający oczekuje potwierdzenia w dokumentach typu katalog firmowy/dokumentacja techniczna jedynie parametrów technicznych określonych Załączniku nr 4 do SWZ. W przypadku, kiedy dokument typu katalog firmowy/dokumentacja techniczna nie zawiera opisu wszystkich parametrów wymaganych przez Zamawiającego, Zamawiający dopuszcza złożenie oświadczenia producenta lub autoryzowanego dystrybutora producenta, potwierdzającego spełnienie parametrów technicznych nie wyszczególnionych w katalogach firmowych.

**UWAGA: Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych MUSI być podpisane kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy. Zaleca się, aby przy podpisywaniu podpisem kwalifikowanym zaznaczyć opcję widoczności podpisu.**