**Załącznik nr 2 OPZ Pakiet nr 1**

**Wykonawca:**

……………………………..

……………………………..

……………………………..

(nazwa firmy, adres)

**PAKIET NR 1**

|  |
| --- |
| **Stolik do instrumentów chirurgicznych typu Mayo – 1 szt.** |

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa urządzenia/typ/model |  |
| Producent |  |
| Rok produkcji min.2021 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cena netto** | **Ilość sztuk** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość VAT** | **Wartość brutto**  **(wartość netto + wartość VAT)** |
|  | 1 |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | NAZWA PARAMETRU | **WARTOŚĆ WYMAGANA** |
| 1 | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych kosztów po stronie Zamawiającego. Wyklucza się wyposażenie demo, powystawowe. | Tak |
| 2 | Stolik do instrumentów chirurgicznych do zastosowania podczas zabiegów i operacji | Tak |
| 3 | W całości wykonany ze stali nierdzewnej | Tak |
| 4 | Blat z pogłębieniem, podnoszony ręcznie | Tak |
| 5 | Blat stolika wyprofilowany tak aby uniemożliwić zsuwanie się przedmiotów | Tak |
| 6 | Blat z regulacja wysokości (od max 920 mm do min. 1380 mm) | Tak |
| 7 | Wymiary blatu (szer x dł) co najmniej 500 x 750 mm | Tak |
| 8 | Możliwość obrotu blatu w zakresie 360o | Tak |
| 9 | Podstawa w kształcie litery T na trzech kołach o średnicy min 50 mm z możliwością blokady wszystkich kół | Tak |
| 10 | Dopuszczalne obciążenie powyżej 15 kg | Tak |
|  | **Warunki gwarancyjne** |  |
| 13 | Bezpłatna dostawa wraz z rozładunkiem, montażem oraz uruchomieniem i przeszkoleniem personelu natychmiast po dostawie, potwierdzona protokołami z przeprowadzonych szkoleń , odbioru sprzętu i przekazania do eksploatacji | Tak |
| 14 | Szkolenie personelu w zakresie procesu sterylizacji elementów urządzenia o ile takie będą występować | Tak |
| 15 | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych, eksploatacyjnych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 6 lat od daty zawarcia umowy | Tak |
| 16 | Bezpłatne przeglądy okresowe w czasie trwania gwarancji (o ile producent zaleca)  Liczba przeglądów uwarunkowana wymogami producenta jednak nie rzadziej niż raz w roku | Tak |
| 17 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |
| 18 | Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE, bądź Deklaracje Zgodności CE lub inne dokumenty równoważne. | Tak |
| 19 | Dokumenty upoważniające urządzenie do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa w tym m. in:, karta gwarancyjna, potwierdzenie, że dostarczane urządzenie medyczne jest dopuszczone do obrotu i stosowania w służbie zdrowia zgodnie z obowiązującymi przepisami, instrukcje obsługi, opisy techniczne, w przypadku urządzeń lub elementów urządzenia wymagających tego – zasady przeprowadzania procesów dekontaminacji (mycie, dezynfekcja i sterylizacja). | Tak |
| 20 | Broszura lub inny dokument równoważny zawierający wykaz parametrów technicznych producenta potwierdzający wszystkie wymagane parametry, opisane przez Zamawiającego | Tak |

**………………………………………….**

**Data, podpis**