**Znak sprawy: EZ/22/2026/SL**

**Załącznik nr 2.6 do SWZ**

*(Załącznik nr ………. do umowy)*

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-FUNKCJONALNYCH**

**Pakiet nr 6 – Płyta ślizgowa do przenoszenia pacjenta- 3 szt.**

**Wózek/leżanka do przewozu chorych- 2 szt.**

**Zadanie nr 1**

**Płyta ślizgowa do przenoszenia pacjenta- 3 szt.**

**Rok produkcji : /sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / min. 2025**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Parametr oferowany – opisać, podać zakresy** *(wskazać dokument przedmiotowy wraz z numerem strony na potwierdzenie spełnienia parametru)* |
|  | Nazwa produktu | podać |  |
|  | Model/typ | podać |  |
|  | Producent | podać |  |
|  | płyta wykonana z tworzywa o wysokiej jakości | TAK |  |
|  | wytrzymałość do 200kg | TAK |  |
|  | deska mata pokryta specjalnym materiałem zapewniającym poślizg | TAK |  |
|  | odporna na środki dezynfekcyjne | TAK |  |
|  | rozmiar 1500x 600mm | TAK |  |
| **Pozostałe:** | | | |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące | TAK | ***Dodatkowy okres gwarancji ponad minimalny należy podać w formularzu ofertowym.*** *Dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym w SWZ.* |
|  | Karta gwarancyjna (załączyć wraz z dostawą) | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim (załączyć wraz z dostawą) |  |  |
|  | Przedmiot umowy jest **wyrobem medycznym** wrozumieniu **ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych** (Dz.U. 2024 poz. 1620) oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych.  W przypadku, gdy **komponenty, akcesoria lub elementy zestawu** nie stanowią wyrobu medycznego w rozumieniu ww. ustawy, **Wykonawca zobowiązany jest do przedłożenia stosownego oświadczenia** wskazując, **które elementy nie są wyrobami medycznymi** | TAK | *Szczegółową kalkulację cenową dotyczącą wyrobów niemedycznych Wykonawca winien podać w formie odrębnej tabeli stanowiącej załącznik do formularza ofertowego* |

**Parametry wymagane zaznaczone „TAK” stanowią parametry graniczne, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji przedmiotu zamówienia.**

**Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty dokumentach przedmiotowych wraz z tłumaczeniem na język polski.**

Serwis gwarancyjny prowadzi…………………..………..…………………..…....... (uzupełnić)

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.

**Zadanie nr 2**

**Wózek/leżanka do przewozu chorych- 2 szt.**

**Rok produkcji : /sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / min. 2025**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Parametr oferowany – opisać, podać zakresy** *(wskazać dokument przedmiotowy wraz z numerem strony na potwierdzenie spełnienia parametru)* |
|  | Nazwa produktu | podać |  |
|  | Model/typ | podać |  |
|  | Producent | podać |  |
|  | dwu sekcyjne leże wózka | TAK |  |
|  | uchwyty do prowadzenia | TAK |  |
|  | sterowanie nożne z boku – regulacja wysokości wózka | TAK |  |
|  | stojak na kroplówkę | TAK |  |
|  | barierki boczne składane z mechanizmem zapobiegającym przytrzaśnięciu | TAK |  |
|  | blokada kół wózka | TAK |  |
|  | odbojniki na narożnikach | TAK |  |
|  | 4 stabilne koła z blokadą centralną, bezobsługowe, niebrudzące powierzchni | TAK |  |
|  | obciążenie ok. 320kg | TAK |  |
|  | materac 10 cm, trudnopalny, antystatyczny i wodoodporny, odporny na środki dezynfekcyjne | TAK |  |
|  | regulacja pochylenia oparcia pleców | TAK |  |
|  | wymiary 85x220mm (+/- 2cm) | TAK, podać |  |
| **Pozostałe:** | | | |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące | TAK | ***Dodatkowy okres gwarancji ponad minimalny należy podać w formularzu ofertowym.*** *Dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym w SWZ.* |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim (załączyć wraz z dostawą ) | TAK |  |
|  | Karta gwarancyjna (załączyć wraz z dostawą ) | TAK |  |
|  | Przedmiot umowy jest **wyrobem medycznym** wrozumieniu **ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych** (Dz.U. 2024 poz. 1620) oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych.  W przypadku, gdy **komponenty, akcesoria lub elementy zestawu** nie stanowią wyrobu medycznego w rozumieniu ww. ustawy, **Wykonawca zobowiązany jest do przedłożenia stosownego oświadczenia** wskazując, **które elementy nie są wyrobami medycznymi** | TAK | *Szczegółową kalkulację cenową dotyczącą wyrobów niemedycznych Wykonawca winien podać w formie odrębnej tabeli stanowiącej załącznik do formularza ofertowego* |

**Parametry wymagane zaznaczone „TAK” stanowią parametry graniczne, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji przedmiotu zamówienia.**

**Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty dokumentach przedmiotowych wraz z tłumaczeniem na język polski.**

Serwis gwarancyjny prowadzi…………………..………..…………………..…....... (uzupełnić)

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.