**Krzesło dla operatora z podpórką na ręce**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane przez Wykonawcę** |
|  | **Wymogi ogólne** |  |  |
|  | Producet/Kraj | Podać |  |
|  | Model/Typ | Podać |  |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, nie powystawowy. Rok produkcji nie wcześniej niż 2018 | Tak, podać |  |
|  | Antystatyczny stołek chirurga z oparciem i podłokietnikami | TAK |  |
|  | Anatomicznie ukształtowane siedzisko o śr. min. 38 cm i oparcie. Tapicerka antystatyczna czarna | TAK |  |
|  | Hydrauliczna lub elektryczna regulacja wysokości w zakresie min. 53-72 cm. Regulacja wysokości oparcia w zakresie min. 7 cm. | TAK |  |
|  | Regulacja wysokości podłokietników. Fotel wyposażony w podnóżek na stopy | TAK |  |
|  | Regulacja pochylania oparcia na plecy | TAK |  |
|  | Maksymalne obciążenie min. 120 kg | TAK |  |
|  | Osadzony na jezdnej podstawie ze stali nierdzewnej antystatycznymi podwójnymi kółkami | TAK |  |
|  | Fotel wyposażony w blokadę ruchu | TAK |  |
|  | **Warunki ogólne, dokumentacja** |  |  |
|  | Produkt (sprzęt) zakwalifikowany przez producenta jako wyrób medyczny spełniający wymagania w rozumieniu Ustawy z dnia 20.05.2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2017.211), posiada oznaczenie wyrobu znakiem CE dla którego wystawiono Deklarację Zgodności | TAK |  |
|  | Okres gwarancji sprzętu min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
|  | Przeprowadzenie instruktażu personelu w zakresie obsługi produktu (sprzętu) | TAK |  |
|  | Gotowość do przystąpienia do naprawy sprzętu w terminie nie dłuższym niż 72 godzin od chwili otrzymania faksem lub emailem zgłoszenia awarii | TAK |  |
|  | W przypadku konieczności wykonania naprawy sprzętu w siedzibie serwisu, Wykonawca na czas naprawy dostarczy sprzęt zastępczy o parametrach nie gorszych niż zaoferowany w postępowaniu w terminie 72 godz. od chwili poinformowania Zamawiającego o konieczności dokonania naprawy Sprzętu poza miejscem zainstalowania w siedzibie Zamawiającego | TAK |  |
|  | Zapewnienie w trakcie obowiązywania gwarancji w ramach wynagrodzenia umownego usług serwisowych oraz przeglądu gwarancyjnego obejmującego: bezpłatny dojazd pracownika serwisu, bezpłatną usługę, bezpłatną wymianę części wskazanych przez producenta zgodnie z zaleceniami producenta dla oferowanego produktu (sprzętu) na rzecz Zamawiającego | TAK |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego min. 10 lat od daty dostawy. | TAK |  |
|  | Cała dokumentacja techniczna sprzętu w języku polskim. | TAK |  |
|  | Produkt (sprzęt) posiada instrukcję obsługi w języku polskim – dostarczona wraz z dostawą | TAK |  |
|  | Lista autoryzowanych serwisów na terenie Polski (w przypadku braku - na terenie UE) wraz z danymi teleadresowymi i numerami kontaktowymi. | TAK |  |

***Zamawiający wymaga oznaczenia w złożonych dokumentach, którego z punków powyższej tabeli dotyczy poszczególna informacja potwierdzająca jego spełnianie.***

Zamawiający informuje, że wraz z ofertą wymaga złożenia Oryginalnych materiałów technicznych producenta tj. Karty katalogowej lub/i instrukcji obsługi lub/i ulotki lub/i fotografii zawierającej informacje umożliwiające weryfikację wymaganych oraz punktowanych parametrów wyszczególnionych w opisie przedmiotu zamówienia (parametry techniczne) stanowiącym załącznik nr 6 do SIWZ - zgodnie z zapisami SIWZ w cz. XIII

W przypadku gdy opisy/ulotki/karty/instrukcje sporządzone zostały w języku obcym, wymaga się przedłożenia tożsamego tłumaczenia na język polski.

…………………………………

..........................dnia ................ ( podpis Wykonawcy)