**Załącznik nr 1 do zapytania cenowego**

**Parametry techniczne**

**Wózek transportowy – szt. 6**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2025 r: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | Wartość oferowana |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **PARAMETRY OGÓLNE** |
|  | Wózek fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy | TAK, opisać  |  |
|  | Wózek wykonany ze stali nierdzewnej służący do przewozu materiałów sterylnych  |  TAK, opisać  |  |
|  | Wyposażony w dwa uchwyty do prowadzenia fi 20 mm | TAK, opisać  |  |
|  | Drzwi podwójne, otwierane skrzydłowo na 270°, wyposażone w silikonową uszczelkę oraz zamek | TAK, opisać  |  |
|  | Wewnątrz wózka dwie półki czyli trzy przestrzenie | TAK, opisać  |  |
|  | Możliwość wyjęcia półek | TAK, opisać  |  |
|  | Wózek na kółkach fi 160 w tym dwa z blokadą | TAK, opisać  |  |
|  | Oponki wykonane z materiału, który nie brudzi podłoża | TAK, opisać  |  |
|  | Wózek przeznaczony do przewożenia 6 jednostek sterylizacyjnych | TAK, opisać  |  |
|  | Wszystkie krawędzie, zaokrąglone, bezpieczne. | TAK, opisać  |  |
|  | Wymiary zewnętrzne (dł x szer x wys) w mm 960x680x1240 (+/- 20 mm) | TAK, opisać  |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
| 1. | Okres gwarancji min 24 m-ce | Tak, podać ile |  |
| 2. | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 3. | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
| 4. | Czas reakcji od zgłoszenia | Max. 48h |  |
| 5. | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju | Max. 3 dni robocze |  |
| 6. | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 7. | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji | Tak |  |
| 8. | Deklaracja zgodności CE | Tak, załaczyć |  |
| 9. | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
| Wartość netto: |  |
| VAT %: |  |
| Wartość brutto: |  |

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

 /podpisano elektronicznie/\*\*

***\*\* UWAGA: należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym osoby uprawnionej do zaciągania zobowiązań w imieniu Wykonawcy.***