|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zał. nr 2 - Parametry techniczne** | | | |
| **Lp.** | **Parametry Techniczne** | **Parametry wymagane** | **Parametry zaproponowane przez wykonawcę** |
| 1. | Dostawa i montaż slotów gazów medycznych | TAK |  |
| 2. | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2022 | TAK |  |
| 3. | Sloty umieszczone w kasetonie medycznym wyposażonym w: punkty poboru gazów medycznych typ AGA (tlen 3szt., próżnia 3szt.), gniazda elektryczne zlicowane 18 szt., włącznik oświetlenia 3 szt., otwór technologiczny pod system przyzywowy 3 szt., oświetlenie nocne 3 szt., oświetlenie miejscowe 3 szt. , szyny typu MODUR - 3 szt. | TAK |  |
| 4. | Podłączenie kasetonu do istniejącej podtynkowej instalacji elektrycznej 230V | TAK |  |
| 5. | Podłączenie kasetonu do istniejącej instalacji gazów medycznych za pomocą rurociągu dla każdego gazu medycznego. Podłączenie należy wykonać z rur miedzianych wg PN-EN 13348, łączonych przez lutowanie twarde, przy użyciu luta srebrnego, przy zastosowaniu odpowiednich złączek i kształtek miedzianych. Należy uwzględnić montaż zaworów odcinających kaseton od pozostałej instalacji gazów medycznych. Zawory muszą być oznakowane naklejką z nazwą gazu i być niedostępne dla osób niepowołanych. | TAK |  |
| 6. | Wykonawca wraz z Przedmiotem zamówienia dostarczy Zamawiającemu dokumentację techniczno - ruchową oraz kartę gwarancyjną | TAK |  |
| 7. | Czas naprawy od chwili zgłoszenia awarii w okresie gwarancji wynosi 24h w dni robocze, z wyłączeniem świąt i dni wolnych od pracy. W przypadku konieczności sprowadzenia części zamiennych, czas naprawy- 3 dni roboczych od chwili zgłoszenia. | TAK |  |
| 8. | Wykonawca gwarantuje, że dostarczony sprzęt jest fabrycznie nowy, posiada wszelkie wymagane certyfikaty do zastosowań medycznych i zostanie zainstalowany bez żadnego uszczerbku. | TAK |  |
| 9. | Przeglądy techniczne w okresie trwania gwarancji łącznie z wymianą części objętych przeglądem gwarancyjnym (w ilości, zakresie - zgodnie z wymogami producenta) na koszt Wykonawcy dokonywane w siedzibie użytkownika i z własnej inicjatywy | TAK |  |
| 10. | Częstotliwość przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy | podać |  |
|  |  |  |  |

................................... dnia .........................

..........................................................................  
 *Oświadczenie należy opatrzyć podpisem kwalifikowanym   
 lub podpisem zaufanym albo podpisem osobistym,*  
 *osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy*