



Ośrodek Medyczny SAMARYTANIN  
ul. Kazimierza Puzaka 11, 45-272 Opole  
NIP: 754-188-11-39, REGON: 531572886  
tel. (77) 400 38 12 / tel. kom. 604 606 584  
[www.samarytanin.opole.pl](http://www.samarytanin.opole.pl) / [samarytanin@samarytanin.opole.pl](mailto:samarytanin@samarytanin.opole.pl)

## Załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego

### OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

#### I. OPIS OGÓLNY

Przedmiotem zamówienia jest zakup i dostawa wraz z montażem nowego (nieużywanego) wyposażenia Oddziału Medycyny Paliatywnej: 1) wózek do przewożenia bielizny i odpadów medycznych szt. 2, 2) wózek do przewożenia posiłków szt. 1, 3) wózek do przewożenia zwłok szt. 1, 4) wózek dla sprzątających szt. 1, 5) stół oddziałowy wielofunkcyjny szt. 2, 6) kosz na zużyte pieluchomajtki szt. 3, 7) parawan szt. 15, 8) stojak na kroplówki szt. 30, 9) stetoskop ze wzmacniaczem szt. 3 oraz przeszkolenie personelu Zamawiającego z zakresu obsługi, w tym wolnego od wad prawnych i fizycznych oraz praw osób trzecich oraz przeszkolenie personelu Zamawiającego z zakresu obsługi, w ramach Projektu pn.: *Poprawa efektywności świadczenia usług medycznych dla osób starszych i niepełnosprawnych poprzez zakup niezbędnego sprzętu i wyposażenie do świadczenia usług opieki hospicyjnej i paliatywnej Ośrodka Medycznego „Samarytanin” w Opolu*, realizowanego w ramach Osi priorytetowej 10.00.00: Inwestycje w infrastrukturę społeczną, Działania 10.01.00: Infrastruktura społeczna na rzecz wyrównania nierówności w dostępie do usług, Poddziałania 10.01.01: Infrastruktura ochrony zdrowia w zakresie profilaktyki zdrowotnej mieszkańców w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego.

Szczegółowy opis działań Wykonawcy znajduje się w pkt. III niniejszego Opisu przedmiotu zamówienia.

#### II. INFORMACJE PODSTAWOWE O PROJEKCIE.

##### 1. Kraj Beneficjenta:

RZECZPOSPOLITA POLSKA

##### 2. Podstawowe informacje o Projekcie:

Projekt zakłada zakup nowego sprzętu i wyposażenia do Oddziału Medycyny Paliatywnej w Ośrodku Medycznym „Samarytanin” w Opolu. Wraz z postępowaniem rozwoju technologii medycznej oraz standardami opieki paliatywnej Wnioskodawca postanowił zwiększyć wydajność, ilość oraz jakość opieki nad pacjentami przebywającymi w oddziale. Kierując się opracowanymi Mapami Potrzeb Zdrowotnych dla województwa opolskiego oraz własnymi obserwacjami, wiedzą i doświadczeniem Wnioskodawca postanowił dostosować oddział do takiego standardu, aby zaspokoić jak najwięcej potrzeb pacjentów i ich rodzin oraz personelu. Kupowany w ramach projektu sprzęt i wyposażenie oraz zakres planowanej inwestycji spełniają wszystkie wymogi odnośnie funkcjonalności i parametrów technicznych względem posiadanych zasobów, poprzez co wpłyną na podniesienie wydajności i usprawnienie świadczonych usług medycznych.

##### 2.1 Cel Projektu:

Zasadniczym celem Projektu jest poprawa efektywności i jakości świadczonych usług medycznych na rzecz osób starszych, w tym niepełnosprawnych w zakresie opieki paliatywnej.



Ośrodek Medyczny SAMARYTANIN  
ul. Kazimierza Pużaka 11, 45-272 Opole  
NIP: 754-188-11-39, REGON: 531572886  
tel. (77) 400 38 12 / tel. kom. 604 606 584  
www.samarytanin.opole.pl / samarytanin@samarytanin.opole.pl

Cele bezpośrednie projektu to: 1) Wzrost poziomu bezpieczeństwa pacjentów; 2) Poprawa jakości usług medycznych; 3) Poprawa ogólnej wydajności usług medycznych w zakresie opieki nad osobami starszymi, w tym z niepełnosprawnościami; 4) Zwiększenie ilości oferowanych świadczeń; 5) Ułatwienie dostępu pacjentom do usług medycznych; 6) Wzrost liczby świadczonych usług medycznych; 7) Unowocześnienie zaplecza sprzętowego.

### 2.2 Cel przedmiotu niniejszego zamówienia

Jednym z zadań w ramach realizowanego Projektu jest zakup wyposażenia Oddziału Medycyny Paliatywnej: 1) wózek do przewożenia bielizny i odpadów medycznych szt. 2, 2) wózek do przewożenia posiłków szt. 1, 3) wózek do przewożenia zwłok szt. 1, 4) wózek dla sprzątających szt. 1, 5) stół oddziałowy wielofunkcyjny szt. 2, 6) kosz na zużyte pieluchomajtki szt. 3, 7) parawan szt. 15, 8) stojak na kroplówki szt. 30, 9) stetoskop ze wzmacniaczem szt. 3.

### III. Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia

Sprzęt oferowany przez Wykonawcę winien spełniać wymagania/parametry techniczne określone w poniższej tabeli.

**Wykonawca wraz z ofertą winien przedłożyć wypełniony opis parametrów w poniższej tabeli, potwierdzający spełnianie wymagań/ parametrów technicznych. Ponadto, konieczne jest wskazanie przez Wykonawcę nazwy Producenta, oferowanego modelu (nazwa/typ), jak również roku produkcji (z uwzględnieniem, że rokiem produkcji winien być rok 2019).**

Kod CPV: 33100000-1

#### WÓZEK DO PRZEWOŻENIA BIELIZNY I ODPADÓW MEDYCZNYCH SZT. 2

Producent: .....

Oferowany model (nazwa/typ) .....

Rok produkcji:.....

L.p.	Parametry graniczne	Spełnienie warunku TAK/NIE	Opis parametrów technicznych oferowanego przedmiotu zamówienia (wypełnia wykonawca)
1	Sprzęt kompletny, fabrycznie nowy.	Tak	
2	Metalowy zestaw mobilny, wytrzymały, z powierzchnią nadającą się do przeprowadzenia dezynfekcji i dekontaminacji.	Tak	
3	Wykonany ze stali lakierowanej.	Tak	
4	Rama stalowa lakierowana.	Tak	
5	Wyposażenie w cztery kółka o średnicy 125 mm, w tym dwa kółka z hamulcem oraz w cztery zderzaki gumowe w rogach.	Tak	
6	Rozmiar: 1350 x 650 x 1020 mm.	Tak	
<b>Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny</b>			
7	Okres gwarancji minimum 24 miesiące. Gwarancja liczona od daty	Tak	



Ośrodek Medyczny SAMARYTANIN  
ul. Kazimierza Puzaka 11, 45-272 Opole  
NIP: 754-188-11-39, REGON: 531572886  
tel. (77) 400 38 12 / tel. kom. 604 606 584  
www.samarytanin.opole.pl / samarytanin@samarytanin.opole.pl

	uruchomienia potwierdzonego podpisaniem „Protokołu odbioru końcowego całości przedmiotu umowy”, po przeprowadzonym szkoleniu.		
8	Gwarancja obejmuje naprawy, usuwanie awarii, konserwacje, przeglądy gwarancyjne wraz z materiałami i częściami zamiennymi, niezbędnymi do należytego funkcjonowania.	Tak	
9	Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas wyłączenia urządzenia z eksploatacji.	Tak	
10	Konieczność wykonania więcej niż 3 napraw tego samego elementu, części lub urządzenia spowoduje wymianę tego elementu, części lub urządzenia na nowe.	Tak	
11	Czas reakcji serwisu w dni robocze – godziny.	≤ 24	
12	Maksymalny czas naprawy– dni robocze.	≤ 5	
13	Pełna obsługa pogwarancyjna.	Tak	
14	Okres zagwarantowania dostępu do części zamiennych, materiałów eksploatacyjnych, od daty oddania urządzenia do eksploatacji – lata.	≥ 7	
<b>Pozostałe dane</b>			
15	Instrukcja obsługi w języku polskim, paszport techniczny.	Tak	
16	Instrukcja konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji dla poszczególnych elementów w języku polskim.	Tak	
17	Dokumenty potwierdzające, że sprzęt posiada deklarację zgodności i jest oznakowany znakiem CE.	Tak	

### WÓZEK DO PRZEWOŻENIA POSIŁKÓW SZT. 1

Producent: .....

Oferowany model (nazwa/typ) .....

Rok produkcji:.....



Ośrodek Medyczny SAMARYTANIN  
ul. Kazimierza Puzaka 11, 45-272 Opole  
NIP: 754-188-11-39, REGON: 531572886  
tel. (77) 400 38 12 / tel. kom. 604 606 584  
www.samarytanin.opole.pl / samarytanin@samarytanin.opole.pl

L.p.	Parametry graniczne	Spełnienie warunku TAK/NIE	Opis parametrów technicznych oferowanego przedmiotu zamówienia (wypełnia wykonawca)
1	Sprzęt kompletny, fabrycznie nowy.	Tak	
2	Wózek mobilny, wytrzymały, z powierzchnią nadającą się do dezynfekcji i dekontaminacji.	Tak	
3	Konstrukcja ze stali szlachetnej.	Tak	
4	Trzy obszerne półki o wymiarach 84 x 43,5 cm.	Tak	
5	Odległość pomiędzy poziomami min. 30 cm.	Tak	
6	Wyposażenie półek od spodu w specjalne wygłuszające maty, tłumiące wibracje.	Tak	
7	Szkieletowe rurki, kątowe wsporniki	Tak	
8	Kółka zwrotne (obrót 360 stopni), wykonane z gumy termoplastycznej.	Tak	
9	Dwa hamulce	Tak	
10	Obciążenie: min. 150 kg, po min. 50 kg na każdą półkę.	Tak	
<b>Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny</b>			
11	Okres gwarancji minimum 24 miesiące. Gwarancja liczona od daty uruchomienia potwierdzonego podpisaniem „Protokołu odbioru końcowego całości przedmiotu umowy”, po przeprowadzonym szkoleniu.	Tak	
12	Gwarancja obejmuje naprawy, usuwanie awarii, konserwacje, przeglądy gwarancyjne wraz z materiałami i częściami zamiennymi, niezbędnymi do należytego funkcjonowania.	Tak	
13	Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas wyłączenia urządzenia z eksploatacji.	Tak	
14	Konieczność wykonania więcej niż 3 napraw tego samego elementu, części lub urządzenia spowoduje wymianę tego elementu, części lub urządzenia na nowe.	Tak	
15	Czas reakcji serwisu w dni robocze – godziny.	≤ 24	
16	Maksymalny czas naprawy – dni robocze.	≤ 5	
17	Pełna obsługa pogwarancyjna.	Tak	



Ośrodek Medyczny SAMARYTANIN  
ul. Kazimierza Pużaka 11, 45-272 Opole  
NIP: 754-188-11-39, REGON: 531572886  
tel. (77) 400 38 12 / tel. kom. 604 606 584  
www.samarytanin.opole.pl / samarytanin@samarytanin.opole.pl

18	Okres zagwarantowania dostępu do części zamiennych, materiałów eksploatacyjnych, od daty oddania urządzenia do eksploatacji – lata.	≥ 7	
<b>Pozostałe dane</b>			
19	Instrukcja obsługi w języku polskim, paszport techniczny.	Tak	
20	Instrukcja konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji dla poszczególnych elementów w języku polskim.	Tak	
21	Dokumenty potwierdzające, że sprzęt posiada deklarację zgodności i jest oznakowany znakiem CE.	Tak	

#### WÓZEK DO PRZEWOŻENIA ZWŁOK SZT. 1

Producent: .....

Oferowany model (nazwa/typ) .....

Rok produkcji: .....

L.p.	Parametry graniczne	Spełnienie warunku TAK/NIE	Opis parametrów technicznych oferowanego przedmiotu zamówienia (wypełnia wykonawca)
1	Sprzęt kompletny, fabrycznie nowy.	Tak	
2	Wózek o regulowanej wysokości ze stali kwasoodpornej.	Tak	
3	Wózek z pokrywą i powierzchnią nadającą się do przeprowadzenia dezynfekcji i dekontaminacji.	Tak	
4	Dwa pasy mocujące ciało.	Tak	
5	Długość maks. 2300 mm, szerokość maks. 600 mm	Tak	
6	Regulacja wysokości: 670-935 mm.	Tak	
7	Elektryczny system podnoszenia i opuszczania.	Tak	
8	Obsługa za pomocą pilota.	Tak	
9	Wyposażenie w 4-skrętne koła, w tym 2 koła z hamulcami.	Tak	
10	W wyposażeniu: akumulator.	Tak	
11	Awaryjny wyłącznik.	Tak	
12	Maks. obciążenie: 200kg	Tak	
<b>Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny</b>			
13	Okres gwarancji minimum 24 miesiące. Gwarancja liczona od daty uruchomienia potwierdzonego podpisaniem „Protokołu odbioru końcowego całości przedmiotu	Tak	



Ośrodek Medyczny SAMARYTANIN  
ul. Kazimierza Puzaka 11, 45-272 Opole  
NIP: 754-188-11-39, REGON: 531572886  
tel. (77) 400 38 12 / tel. kom. 604 606 584  
www.samarytanin.opole.pl / samarytanin@samarytanin.opole.pl

	umowy”, po przeprowadzonym szkoleniu.		
14	Gwarancja obejmuje naprawy, usuwanie awarii, konserwacje, przeglądy gwarancyjne wraz z materiałami i częściami zamiennymi, niezbędnymi do należytego funkcjonowania.	Tak	
15	Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas wyłączenia urządzenia z eksploatacji.	Tak	
16	Konieczność wykonania więcej niż 3 napraw tego samego elementu, części lub urządzenia spowoduje wymianę tego elementu, części lub urządzenia na nowe.	Tak	
17	Czas reakcji serwisu w dni robocze – godziny.	≤ 24	
18	Maksymalny czas naprawy– dni robocze.	≤ 5	
19	Pełna obsługa pogwarancyjna.	Tak	
20	Okres zagwarantowania dostępu do części zamiennych, materiałów eksploatacyjnych, od daty oddania urządzenia do eksploatacji – lata.	≥ 7	
<b>Pozostałe dane</b>			
21	Instrukcja obsługi w języku polskim, paszport techniczny.	Tak	
22	Instrukcja konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji dla poszczególnych elementów w języku polskim.	Tak	
23	Dokumenty potwierdzające, że sprzęt posiada deklarację zgodności i jest oznakowany znakiem CE.	Tak	

### WÓZEK DLA SPRZĄTAJĄCYCH SZT. 1

Producent: .....

Oferowany model (nazwa/typ) .....

Rok produkcji:.....

L.p.	Parametry graniczne	Spełnienie warunku TAK/NIE	Opis parametrów technicznych oferowanego przedmiotu zamówienia (wypełnia wykonawca)
1	Sprzęt kompletny, fabrycznie nowy.	Tak	





Ośrodek Medyczny SAMARYTANIN  
ul. Kazimierza Pużaka 11, 45-272 Opole  
NIP: 754-188-11-39, REGON: 531572886  
tel. (77) 400 38 12 / tel. kom. 604 606 584  
www.samarytanin.opole.pl / samarytanin@samarytanin.opole.pl

2	Zestaw mobilny, wytrzymały, z rozdzielnymi miejscami na płyny i środki.	Tak	
3	Stelaż wykonany ze stali nierdzewnej.	Tak	
4	Podstawa wózka wyposażona w sześć kółek skrętnych.	Tak	
5	Uchwyt wewnętrzny z zapinkami na worek o pojemności min. 120 litrów.	Tak	
6	Worek osłony wykonany z materiału wodoodpornego, chroniący worek na odpady.	Tak	
7	Worek osłony otwierany z boku za pomocą suwaka, ułatwiający wyciągnięcie pełnego worka z odpadami.	Tak	
8	Wyposażenie w dwie wysuwane kuwety, zabezpieczone przed wypadnięciem.	Tak	
9	Cztery wiadra o poj. 6 litrów z pokrywkami	Tak	
10	Dwa wiadra o pojemności 20 litrów	Tak	
11	Prasa do wyciskania mopów.	Tak	
12	Wymiary: szer. 64 cm, wys. 112 cm, długość 163 cm	Tak	
<b>Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny</b>			
13	Okres gwarancji minimum 24 miesiące. Gwarancja liczona od daty uruchomienia potwierdzonego podpisaniem „Protokołu odbioru końcowego całości przedmiotu umowy”, po przeprowadzonym szkoleniu.	Tak	
14	Gwarancja obejmuje naprawy, usuwanie awarii, konserwacje, przeglądy gwarancyjne wraz z materiałami i częściami zamiennymi, niezbędnymi do należytego funkcjonowania.	Tak	
15	Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas wyłączenia urządzenia z eksploatacji.	Tak	
16	Konieczność wykonania więcej niż 3 napraw tego samego elementu, części lub urządzenia spowoduje wymianę tego elementu, części lub urządzenia na nowe.	Tak	
17	Czas reakcji serwisu w dni robocze – godziny.	≤ 24	
18	Maksymalny czas naprawy – dni robocze.	≤ 5	



Ośrodek Medyczny SAMARYTANIN  
ul. Kazimierza Puzaka 11, 45-272 Opole  
NIP: 754-188-11-39, REGON: 531572886  
tel. (77) 400 38 12 / tel. kom. 604 606 584  
www.samarytanin.opole.pl / samarytanin@samarytanin.opole.pl

19	Pełna obsługa pogwarancyjna.	Tak	
20	Okres zagwarantowania dostępu do części zamiennych, materiałów eksploatacyjnych, od daty oddania urządzenia do eksploatacji – lata.	$\geq 7$	
<b>Pozostałe dane</b>			
21	Instrukcja obsługi w języku polskim, paszport techniczny.	Tak	
22	Instrukcja konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji dla poszczególnych elementów w języku polskim.	Tak	
23	Dokumenty potwierdzające, że sprzęt posiada deklarację zgodności i jest oznakowany znakiem CE.	Tak	

## STOLIK ODDZIAŁOWY WIELOFUNKCYJNY SZT. 2

Producent: .....

Oferowany model (nazwa/typ) .....

Rok produkcji: .....

L.p.	Parametry graniczne	Spełnienie warunku TAK/NIE	Opis parametrów technicznych oferowanego przedmiotu zamówienia (wypełnia wykonawca)
1	Sprzęt kompletny, fabrycznie nowy.	Tak	
2	Stolik wykonany w całości ze stali kwasoodpornej.	Tak	
3	Metalowy zestaw mobilny, wytrzymały i z powierzchnią nadającą się do przeprowadzenia dezynfekcji i dekontaminacji.	Tak	
4	Stolik lakierowany proszkowo na kolor biały.	Tak	
5	Stelaż aluminiowo-stalowy wyposażony w koła o średnicy 75 mm, w tym dwa z blokadą.	Tak	
6	Błat ze stali kwasoodpornej, mocowany na stałe do stelaża, z podniesionym rantem.	Tak	
7	Kuwety wykonane z tworzywa sztucznego.	Tak	
8	Koszyk na akcesoria ze stali lakierowanej proszkowo.	Tak	
9	Uchwyt do worka na odpady stalowy lakierowany proszkowo, z pokrywą z tworzywa ABS.	Tak	





Ośrodek Medyczny SAMARYTANIN  
ul. Kazimierza Puzaka 11, 45-272 Opole  
NIP: 754-188-11-39, REGON: 531572886  
tel. (77) 400 38 12 / tel. kom. 604 606 584  
www.samarytanin.opole.pl / samarytanin@samarytanin.opole.pl

10	Szuflada stalowa lakierowana proszkowo.	Tak	
11	Półka koszowa lakierowana proszkowo.	Tak	
12	Wymiary:990mm x 480mm x 880 mm	Tak	
<b>Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny</b>			
13	Okres gwarancji minimum 24 miesiące. Gwarancja liczona od daty uruchomienia potwierdzonego podpisaniem „Protokołu odbioru końcowego całości przedmiotu umowy”, po przeprowadzonym szkoleniu.	Tak	
14	Gwarancja obejmuje naprawy, usuwanie awarii, konserwacje, przeglądy gwarancyjne wraz z materiałami i częściami zamiennymi, niezbędnymi do należytego funkcjonowania.	Tak	
20	Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas wyłączenia urządzenia z eksploatacji.	Tak	
21	Konieczność wykonania więcej niż 3 napraw tego samego elementu, części lub urządzenia spowoduje wymianę tego elementu, części lub urządzenia na nowe.	Tak	
22	Czas reakcji serwisu w dni robocze – godziny.	≤ 24	
23	Maksymalny czas naprawy– dni robocze.	≤ 5	
24	Pełna obsługa pogwarancyjna.	Tak	
25	Okres zagwarantowania dostępu do części zamiennych, materiałów eksploatacyjnych, od daty oddania urządzenia do eksploatacji – lata.	≥ 7	
<b>Pozostałe dane</b>			
26	Instrukcja obsługi w języku polskim, paszport techniczny.	Tak	
27	Instrukcja konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji dla poszczególnych elementów w języku polskim.	Tak	
28	Dokumenty potwierdzające, że sprzęt posiada deklarację zgodności i jest oznakowany znakiem CE.	Tak	



Ośrodek Medyczny SAMARYTANIN  
ul. Kazimierza Pużaka 11, 45-272 Opole  
NIP: 754-188-11-39, REGON: 531572886  
tel. (77) 400 38 12 / tel. kom. 604 606 584  
www.samarytanin.opole.pl / samarytanin@samarytanin.opole.pl

### KOSZ NA ZUŻYTE PIELUCHOMAJTKI SZT. 3

Producent: .....

Oferowany model (nazwa/typ) .....

Rok produkcji:.....

L.p.	Parametry graniczne	Spełnienie warunku TAK/NIE	Opis parametrów technicznych oferowanego przedmiotu zamówienia (wypełnia wykonawca)
1	Sprzęt kompletny, fabrycznie nowy.	Tak	
2	Kosz bezwonny, z funkcją zatrzymania wydzielenia się zapachów.	Tak	
3	Poj. 75 l.	Tak	
4	Kosz z górnym pojemnikiem wrzutowym.	Tak	
5	Kosz z dolnym zbiornikiem.	Tak	
6	Kosz na czterech kółkach	Tak	
<b>Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny</b>			
7	Okres gwarancji minimum 24 miesiące. Gwarancja liczona od daty uruchomienia potwierdzonego podpisaniem „Protokołu odbioru końcowego całości przedmiotu umowy”, po przeprowadzonym szkoleniu.	Tak	
8	Gwarancja obejmuje naprawy, usuwanie awarii, konserwacje, przeglądy gwarancyjne wraz z materiałami i częściami zamiennymi, niezbędnymi do należytego funkcjonowania.	Tak	
9	Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas wyłączenia urządzenia z eksploatacji.	Tak	
10	Konieczność wykonania więcej niż 3 napraw tego samego elementu, części lub urządzenia spowoduje wymianę tego elementu, części lub urządzenia na nowe.	Tak	
11	Czas reakcji serwisu w dni robocze – godziny.	≤ 24	
12	Maksymalny czas naprawy– dni robocze.	≤ 5	
13	Pełna obsługa pogwarancyjna.	Tak	
14	Okres zagwarantowania dostępu do części zamiennych, materiałów	≥ 7	



Ośrodek Medyczny SAMARYTANIN  
ul. Kazimierza Pużaka 11, 45-272 Opole  
NIP: 754-188-11-39, REGON: 531572886  
tel. (77) 400 38 12 / tel. kom. 604 606 584  
www.samarytanin.opole.pl / samarytanin@samarytanin.opole.pl

	eksploatacyjnych, od daty oddania urządzenia do eksploatacji – lata.		
<b>Pozostałe dane</b>			
15	Instrukcja obsługi w języku polskim, paszport techniczny.	Tak	
16	Instrukcja konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji dla poszczególnych elementów w języku polskim.	Tak	
17	Dokumenty potwierdzające, że sprzęt posiada deklarację zgodności i jest oznakowany znakiem CE.	Tak	

### PARAWAN SZT. 15

Producent: .....

Oferowany model (nazwa/typ) .....

Rok produkcji:.....

L.p.	Parametry graniczne	Spełnienie warunku TAK/NIE	Opis parametrów technicznych oferowanego przedmiotu zamówienia (wypełnia wykonawca)
1	Sprzęt kompletny, fabrycznie nowy.	Tak	
2	Wykonany z materiału i z powierzchnią nadającą się do przeprowadzenia dezynfekcji i dekontaminacji	Tak	
3	Metalowa konstrukcja pokryta lakierem proszkowym.	Tak	
4	Podstawa z kółkami jezdnyymi.	Tak	
5	Skrzydła parawanu łączone przy pomocy zatrzasków.	Tak	
6	Nieprzejrzysta, łatwo zmywalna tkanina.	Tak	
7	Wymiary 2 szt.: parawan jednoskrzydłowy: szer: 940mm, wys. 1700mm.	Tak	
8	Wymiary 10 szt.: parawan dwuskrzydłowy: szer. 1200mm, wys. 1700mm.	Tak	
9	Wymiary 3 szt.: parawan trzyskrzydłowy: szer. 2020mm, wys. 1700mm.	Tak	
<b>Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny</b>			
18	Okres gwarancji minimum 24 miesiące. Gwarancja liczona od daty uruchomienia potwierdzonego	Tak	



Ośrodek Medyczny SAMARYTANIN  
ul. Kazimierza Puzaka 11, 45-272 Opole  
NIP: 754-188-11-39, REGON: 531572886  
tel. (77) 400 38 12 / tel. kom. 604 606 584  
www.samarytanin.opole.pl / samarytanin@samarytanin.opole.pl

	podpisaniem „Protokołu odbioru końcowego całości przedmiotu umowy”, po przeprowadzonym szkoleniu.		
19	Gwarancja obejmuje naprawy, usuwanie awarii, konserwacje, przeglądy gwarancyjne wraz z materiałami i częściami zamiennymi, niezbędnymi do należytego funkcjonowania.	Tak	
20	Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas wyłączenia urządzenia z eksploatacji.	Tak	
21	Konieczność wykonania więcej niż 3 napraw tego samego elementu, części lub urządzenia spowoduje wymianę tego elementu, części lub urządzenia na nowe.	Tak	
22	Czas reakcji serwisu w dni robocze – godziny.	≤ 24	
23	Maksymalny czas naprawy– dni robocze.	≤ 5	
24	Pełna obsługa pogwarancyjna.	Tak	
25	Okres zagwarantowania dostępu do części zamiennych, materiałów eksploatacyjnych, od daty oddania urządzenia do eksploatacji – lata.	≥ 7	
<b>Pozostałe dane</b>			
26	Instrukcja obsługi w języku polskim, paszport techniczny.	Tak	
27	Instrukcja konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji dla poszczególnych elementów w języku polskim.	Tak	
28	Dokumenty potwierdzające, że sprzęt posiada deklarację zgodności i jest oznakowany znakiem CE.	Tak	

### STOJAK NA KROPLÓWKI SZT. 30

Producent: .....

Oferowany model (nazwa/typ) .....

Rok produkcji:.....



Ośrodek Medyczny SAMARYTANIN  
ul. Kazimierza Pużaka 11, 45-272 Opole  
NIP: 754-188-11-39, REGON: 531572886  
tel. (77) 400 38 12 / tel. kom. 604 606 584  
[www.samarytanin.opole.pl](http://www.samarytanin.opole.pl) / [samarytanin@samarytanin.opole.pl](mailto:samarytanin@samarytanin.opole.pl)

L.p.	Parametry graniczne	Spełnienie warunku TAK/NIE	Opis parametrów technicznych oferowanego przedmiotu zamówienia (wypełnia wykonawca)
1	Sprzęt kompletny, fabrycznie nowy.	Tak	
2	Sprzęt mobilny z regulacją wysokości.	Tak	
3	Podstawa stojaka wyposażona w pięć jezdnych kółek.	Tak	
4	Min. wys. 150 cm, maks. 250 cm.	Tak	
5	Cztery uchwyty na pojemniki z płynem infuzyjnym, każdy o nośności 4 kg.	Tak	
6	Regulacja wysokości stojaka (150-250cm), regulacja przez zastosowanie układu zaciskowego.	Tak	
7	Średnica podstawy min. 52 cm.	Tak	
8	Stojak pokryty farbą proszkową i powłoką galwaniczną.	Tak	
9	Plastikowy wieszak na butelki inwazyjne.	Tak	
<b>Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny</b>			
10	Okres gwarancji minimum 24 miesiące. Gwarancja liczona od daty uruchomienia potwierdzonego podpisaniem „Protokołu odbioru końcowego całości przedmiotu umowy”, po przeprowadzonym szkoleniu.	Tak	
11	Gwarancja obejmuje naprawy, usuwanie awarii, konserwacje, przeglądy gwarancyjne wraz z materiałami i częściami zamiennymi, niezbędnymi do należytego funkcjonowania.	Tak	
12	Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas wyłączenia urządzenia z eksploatacji.	Tak	
13	Konieczność wykonania więcej niż 3 napraw tego samego elementu, części lub urządzenia spowoduje wymianę tego elementu, części lub urządzenia na nowe.	Tak	
14	Czas reakcji serwisu w dni robocze – godziny.	≤ 24	
15	Maksymalny czas naprawy – dni robocze.	≤ 5	
16	Pełna obsługa pogwarancyjna.	Tak	
17	Okres zagwarantowania dostępu do części zamiennych, materiałów	≥ 7	





Ośrodek Medyczny SAMARYTANIN  
ul. Kazimierza Puzaka 11, 45-272 Opole  
NIP: 754-188-11-39, REGON: 531572886  
tel. (77) 400 38 12 / tel. kom. 604 606 584  
www.samarytanin.opole.pl / samarytanin@samarytanin.opole.pl

	eksploatacyjnych, od daty oddania urządzenia do eksploatacji – lata.		
<b>Pozostałe dane</b>			
18	Instrukcja obsługi w języku polskim, paszport techniczny.	Tak	
19	Instrukcja konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji dla poszczególnych elementów w języku polskim.	Tak	
20	Dokumenty potwierdzające, że sprzęt posiada deklarację zgodności i jest oznakowany znakiem CE.	Tak	

### STETOSKOP ZE WZMACNIACZEM SZT. 3

Producent: .....

Oferowany model (nazwa/typ) .....

Rok produkcji:.....

L.p.	Parametry graniczne	Spełnienie warunku TAK/NIE	Opis parametrów technicznych oferowanego przedmiotu zamówienia (wypełnia wykonawca)
1	Sprzęt kompletny, fabrycznie nowy.	Tak	
2	Sprzęt ze wzmacniaczem lepszego odsłuchu.	Tak	
3	Wyposażenie w podwójną głowicę.	Tak	
4	Min. 40-krotne wzmocnienie.	Tak	
5	Min. 6 poziomów wzmocnienia	Tak	
6	Możliwość osłuchiwania ze wzmacniaczem lub w trybie akustycznym.	Tak	
7	Stetoskop ze wzmacniaczem z wbudowanym akumulatorem.	Tak	
8	Czas pracy ciągłej przy pełnym naładowaniu akumulatora: min. 6 godz.	Tak	
9	Kompatybilny z dedykowanymi smartfonami i tabletami - możliwa transmisja danych do kompatybilnego smartfona czy tabletu.	Tak	
10	Możliwość zapisywania danych w aplikacji.	Tak	
11	Akumulator w zestawie	Tak	
<b>Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny</b>			
12	Okres gwarancji minimum 24 miesiące. Gwarancja liczona od daty	Tak	



Ośrodek Medyczny SAMARYTANIN  
ul. Kazimierza Puzaka 11, 45-272 Opole  
NIP: 754-189-11-39, REGON: 531572886  
tel. (77) 400 38 12 / tel. kom. 604 606 584  
www.samarytanin.opole.pl / samarytanin@samarytanin.opole.pl

	uruchomienia potwierdzonego podpisaniem „Protokołu odbioru końcowego całości przedmiotu umowy”, po przeprowadzonym szkoleniu.		
13	Gwarancja obejmuje naprawy, usuwanie awarii, konserwacje, przeglądy gwarancyjne wraz z materiałami i częściami zamiennymi, niezbędnymi do należytego funkcjonowania.	Tak	
14	Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas wyłączenia urządzenia z eksploatacji.	Tak	
15	Konieczność wykonania więcej niż 3 napraw tego samego elementu, części lub urządzenia spowoduje wymianę tego elementu, części lub urządzenia na nowe.	Tak	
16	Czas reakcji serwisu w dni robocze – godziny.	≤ 24	
17	Maksymalny czas naprawy– dni robocze.	≤ 5	
18	Pełna obsługa pogwarancyjna.	Tak	
19	Okres zagwarantowania dostępu do części zamiennych, materiałów eksploatacyjnych, od daty oddania urządzenia do eksploatacji – lata.	≥ 7	
<b>Pozostałe dane</b>			
20	Instrukcja obsługi w języku polskim, paszport techniczny.	Tak	
21	Instrukcja konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji dla poszczególnych elementów w języku polskim.	Tak	
22	Dokumenty potwierdzające, że sprzęt posiada deklarację zgodności i jest oznakowany znakiem CE.	Tak	

Jeżeli w jakimkolwiek miejscu opisu przedmiotu zamówienia zostały wskazane: nazwy producenta, nazwy własne, znaki towarowe, patenty lub pochodzenie materiałów czy urządzeń służących do wykonania niniejszego zamówienia, które wskazują lub mogłyby wskazywać na konkretnego producenta, nie stanowi to preferowania wyrobu czy materiałów danego producenta, lecz ma na celu wskazanie na cechy – parametry techniczne i jakościowe nie gorsze od podanych w opisie. Zamawiający dopuszcza w takim przypadku składanie ofert równoważnych z zastosowaniem innych materiałów i urządzeń niż opisane nazwą producenta, nazwą własną, znakiem towarowym, patentem lub pochodzeniem materiałów czy urządzeń służących do wykonania niniejszego zamówienia, pod warunkiem, że zagwarantują one uzyskanie parametrów technicznych, eksploatacyjnych i jakościowych nie gorszych od założonych w niniejszym zapytaniu. Oferent, który powołuje się na rozwiązania równoważne jest obowiązany wykazać, że oferowane przez niego materiały, urządzenia spełniają określone wymagania przez Zamawiającego. Ciężar udowodnienia, że wyrób jest równoważny w stosunku do założeń określonych przez Zamawiającego spoczywa na składającym ofertę.





Ośrodek Medyczny SAMARYTANIN  
ul. Kazimierza Puzaka 11, 45-272 Opole  
NIP: 754-188-11-39, REGON: 531572886  
tel. (77) 400 38 12 / tel. kom. 604 606 584  
[www.samarytanin.opole.pl](http://www.samarytanin.opole.pl) / [samarytanin@samarytanin.opole.pl](mailto:samarytanin@samarytanin.opole.pl)

Do oferty należy dołączyć, oprócz wypełnionej powyżej tabeli, również firmowe materiały informacyjne w języku polskim, w których winny być zaznaczone deklarowane wartości/cechy dotyczące wymagań/parametrów technicznych.

W przypadku braku w materiałach informacyjnych producenta potwierdzenia określonych wymagań parametru technicznego, za wystarczające zostanie uznane oświadczenie złożone przez Wykonawcę, potwierdzające deklarowane wymagania/parametry techniczne. Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji powyższych oświadczeń Wykonawcy w zakresie parametrów technicznych bezpośrednio u Producenta.

W sytuacji niedołączenia przez Wykonawcę do oferty wypełnionej tabeli lub wymaganych materiałów informacyjnych bądź oświadczeń – dokumenty te będą podlegały przez Wykonawcę uzupełnieniu, po wezwaniu przez Zamawiającego.

Natomiast w sytuacji, gdy oferowane przez Wykonawcę wymagania/parametry techniczne (bądź parametry wskazane w materiałach informacyjnych bądź oświadczeniach) nie potwierdzą wymagań/parametrów technicznych określonych przez Zamawiającego, oferta Wykonawcy będzie podlegać odrzuceniu jako niezgodna z Zapytaniem ofertowym. Tożsamy rygor będzie zastosowany w sytuacji, gdy materiały informacyjne nie potwierdzą deklarowanych przez Wykonawcę wymagań/parametrów bądź Producent urządzenia nie potwierdzi oświadczeń Wykonawcy.

WŁAŚCICIEL  
OŚRODEK MEDYCZNY  
SAMARYTANIN

  
Cezary Juda