Znak sprawy: SPZOZ -ZP/2/24/242/ 7 /2020

**Załącznik nr 1 do SIWZ/oferty Wykonawcy nr…………………..**

ZAŁĄCZNIK NR … DO UMOWY

**Opis przedmiotu zamówienia – (parametry wymagane)**

Przedmiot zamówienia: **Wymiana całości urządzeń windy szpitalnej w Pawilonie Administracyjno – Leczniczym** **SPZOZ w Wieluniu z dostosowaniem dla osób niepełnosprawnych – 1 szt. dla SPZOZ w Wieluniu**

Nazwa handlowa oferowanego elementu/urządzenia, typ - jeśli dotyczy: …………………………………………………………..

Nazwa producenta oferowanego elementu/urządzenia: ……………………….……………………………………………………………

Rok/kraj produkcji oferowanego elementu/urządzenia: …………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów** | **Minimalne parametry wymagane przez Zamawiającego** | **Potwierdzenie spełnienia parametrów /wymogów.**  **Deklaracja Wykonawcy**  **TAK/NIE** |
| 1. | Typ dźwigu | Osobowy (szpitalny), elektryczny, fabrycznie nowy, rok produkcji 2020 rok, przystosowany do przewozu osób niepełnosprawnych (w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich) oraz do przewozu chorych na łóżkach w obecności opiekuna. Oferowany dźwig musi spełniać przepisy i normy obowiązujące na terenie UE w zakresie dotyczącym dźwigów osobowych szpitalnych |  |
| 2. | Udźwig | min. 1600 kg |  |
| 3. | Wysokość podnoszenia | 13,20 m |  |
| 4. | Prędkość nominalna | Vn=1,0 m/s, prędkość dojazdowa -łagodne starty i zatrzymania |  |
| 5. | Ilość przystanków | Istniejące - 5 |  |
| 6. | Ilość drzwi przystankowych | 5 |  |
| 7. | Napęd | linowy cierny z płynną regulacją prędkości, energooszczędny, cichobieżny, silnik napędu zasilany U=400 V, zabezpieczony przed przegrzaniem, konstrukcja wsporcza zespołu napędowego wraz z kołem zdawczym, wymiana lin |  |
| **Szyb** | | |  |
| 8. | Wysokość podszybia | 175 cm |  |
| 9. | Rodzaj szybu i wymiary wewnętrzne | Betonowy (230 x 310 x 1870) cm |  |
| **Kabina** | | |  |
| 10. | Wymiar zewnętrzne kabiny | należy dostosować do istniejącego szybu |  |
| 11. | Wymiar wewnętrzne kabiny | Min. zachować istniejące wymiary kabiny- szerokość 145 x długość 250 x wysokość 220 cm |  |
| 12. | Kabina przelotowa | NIE |  |
| 13. | Panel dyspozycji w kabinie | Kaseta dyspozycji w kabinie 1 szt.  - Przystosowana dla osób niepełnosprawnych z alfabetem Braille” a, ze stali nierdzewnej wraz z piętrowskazywaczem cyfrowym duże litery plus strzałki kierunku jazdy-wykonanie tzw. „antywandal", sygnalizacja przeciążenia kabiny akustyczna i świetlna, przycisk „**ALARM”,** umieszczone na wysokości dostosowanej do obsługi przez osobę na wózku inwalidzkim. Gong sygnalizujący dojazd do przystanku docelowego, stacyjka blokady drzwi, stacyjka jazdy ekspresowej |  |
| 14. | Telefoniczny system łączności w przypadku awarii dźwigu | Łączność głosowa do Rejestracji / Izby Przyjęć |  |
| 15. | Drzwi kabinowe | wymiana z zespołem napędowym drzwi kabinowych – 1 kpl. |  |
| 16. | Rodzaj drzwi | Automatyczne, rozsuwane, centralne regulowane falownikowo |  |
| 17. | Wykończenie drzwi | Obłożone blachą stalą nierdzewną, szczotkowaną |  |
| 18. | Wymiar drzwi (w świetle) | Szer. 110 x wys. 200 cm |  |
| 19. | Skrzydła | Blacha nierdzewna, szczotkowana. |  |
| **Drzwi szybowe** | | |  |
| 20. | Rodzaj drzwi | Automatyczne, rozsuwane, centralne regulowane, drzwi –5 kpl, klasa odporności ogniowej EI 60 |  |
| 21. | Drzwi kabinowe | Obłożone blachą ze stali nierdzewnej szczotkowaną |  |
| 22. | Wymiar drzwi | 1100 x 2000 (mm) |  |
| **Wykończenie kabiny** | | |  |
| 23. | Ściany boczne | Wykonane z blachy ze stali nierdzewnej szczotkowanej |  |
| 24. | Sufit „antywandal” | Wykonane z blachy ze stali nierdzewnej szczotkowanej |  |
| 25. | Wentylator | Tak, w suficie uruchamiany automatycznie, zapewniający odpowiednią wymianę powietrza w kabinie |  |
| 26. | Oświetlenie energooszczędne, typu LED | Pośrednie, górne, wpuszczone w sufit kabiny w wersji „antywandal” wykonane ze stali nierdzewnej |  |
| 27. | Oświetlenie awaryjne | Tak min. 2 godz. |  |
| 28. | Podłoga | Wykładzina trudnościeralna, antypoślizgowa, o wysokiej trwałości, wymagany atest trudnopalności i oceny higienicznej wywiniętą na ściany co najmniej 10 cm / cokolik/, kolor do uzgodnienia. |  |
| **Sterowanie** | | |  |
| 29. | Mikroprocesorowe | TAK |  |
| 30. | Zabezpieczenie przed przeciążeniem i spaleniem silnika | TAK |  |
| 31. | Zbiorczość góra –dół | TAK - dźwig z możliwością programowania różnych funkcji eksploatacyjnych z informacją wizualną umieszczoną w CSN o usytuowaniu pobytu dźwigu |  |
| 32. | Awaryjny dojazd do najbliższego przystanku w przypadku braku napięcia | TAK – z własnego źródła zasilania, które zapewnia Wykonawca |  |
| 33. | Pamięć ostatnich usterek dźwigu | TAK – sterownik wyposażony w wyświetlacz |  |
| 34. | Funkcjonowanie dźwigu w przypadku pożaru | Zjazd na poziom parteru i otwarcie drzwi przy stałym zasilaniu z budynku i własnego źródła zasilania. |  |
| 35. | Sterowanie dźwigu nie może być wyposażone w kod dostępu | TAK |  |
| 36. | Tablica wstępna i jazd rewizyjnych | TAK |  |
| **Kasety wezwań na przystankach** | | |  |
| 37. | Wyświetlacz cyfrowy na każdym przystanku (piętrowskazywacze) | TAK, wskazuje pozycję kabiny w szybie, duże litery o wysokości min. **50 mm** |  |
| 38. | Strzałki kierunku jazdy na każdym przystanku | TAK |  |
| 39. | Przyciski ze stali nierdzewnej | TAK, podświetlane po obwodzie |  |
| **Pomieszczenie maszynowni** | | |  |
| 40. | Usytuowanie | Istniejąca, górna o wymiarach 870 cm x 575 cm x wys. 300 cm |  |
| 41. | Roboty budowlane | wykonanie niezbędnych robót budowlanych związanych z pomalowaniem pomieszczenia i wymianą instalacji elektrycznych |  |
| **Pozostałe** | | |  |
| 42. | Wymiana ogranicznika prędkości | Tak /na podstawie wykonanego projektu zaakceptowanego przez UDT/ |  |
| 43. | Wymiana prowadników kabinowych i przeciwwagi | Tak /na podstawie wykonanego projektu zaakceptowanego przez UDT/ |  |
| 44. | Wymiana kabli sterowniczych | Tak /na podstawie wykonanego projektu zaakceptowanego przez UDT/ |  |
| 45. | Gwarancja - G | **Minimum 24 miesiące** na dźwig licząc od daty podpisania protokołu odbioru przez Zamawiającego (po uzyskaniu decyzji na eksploatację przez UDT)  Okres gwarancji: min. wymagany 24 miesiące - 0 pkt,  Okres gwarancji: 36 miesięcy - 50 pkt,  Okres gwarancji: 48 miesięcy - 100 pkt  **(Parametr punktowany)** | (wpisać deklarowany okres gwarancji) |
| 46. | |  | | --- | | Czas reakcji na  zgłoszenie  o awarii - R | |  | | |  | | --- | | Czas przystąpienia do usuwania wszelkich usterek, | | awarii i innych nieprawidłowości w pracy urządzeń | | dźwigowych w godzinach 600- 2200 w czasie nie  dłuższym niż: | | |  | | --- | | 24 godz. – 0 pkt | | 18 godz. – 50 pkt | | 12 godz. – 100 pkt | | od momentu ich zgłoszenia przez Wykonawcę przez 7 | | dni w tygodniu. **(Parametr punktowany)** | | | | (wpisać deklarowany czas reakcji) |
| 47. | Zapewnienie przez Wykonawcę serwisu gwarancyjnego w okresie udzielonej gwarancji (zgodnie z zaleceniami producenta) | TAK |  |
| 48. | Bieżąca konserwacja będzie prowadzona przez autoryzowaną przez Wykonawcę firmę w okresie gwarancji | TAK na koszt wykonawcy |  |
| 49. | Wykonawca zapewni części zamienne przez okres **min. 10 lat** licząc od daty odbioru urządzenia przez UDT | TAK |  |
| 50. | Bezpłatne szkolenie pracowników Zamawiającego w jego siedzibie | TAK na koszt wykonawcy |  |
| 51. | Montaż będą wykonywać osoby posiadające upoważnienia (uprawnienia) producenta (wytwórcy) do montażu dźwigu. | TAK |  |
| 52. | Wykonanie niezbędnych pomiarów + protokół z pomiarów | TAK |  |
| 53. | Urządzenie dźwigowe –po modernizacji musi spełniać wymagania stawiane przez działająca w obiektach instalację Sygnalizacji Pożaru SAP. Po wystąpieniu alarmu pożaru na skutek sygnału z w/w instalacji, winda musi zjechać na poziom parteru i po otwarciu drzwi powinna pozostać zablokowana do czasu odwołania alarmu pożaru i zaniku sygnału z instalacji SAP | TAK |  |
| 54. | Winda musi współpracować z czytnikiem kart 125 kHz Unique, współpracującym z systemem Roger istniejącym już w szpitalu po sieci LAN oraz pozwalać na integrację z programem RACS 5. |  |  |

**Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach, jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.**

*………………………., dnia ……….. 2020 r.*

*……………………………………………………………….*

*Pieczęć imienna i podpisy osób*

*uprawnionych do składania oświadczeń woli*

*w imieniu Wykonawcy*