Załącznik Nr 2.3 do SWZ

**Fotel transportowy pacjenta. – 10szt.**

**Nazwa…………………………………………………………………**

**Typ……………………………………………………………………**

**Wytwórca…………………………………………………………….**

**Kraj pochodzenia……………………………………………………**

**Rok produkcji: ……………………………………………………...**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry techniczne** | **Warunki graniczne** | **Oferowane parametry**  **(wypełnia Wykonawca)** |
|  | Fotel przeznaczony do przewożenia pacjentów w pozycji siedzącej | TAK |  |
|  | Bardzo dobra możliwość manewrowania dzięki funkcji Big Wheel ułatwiająca prowadzenie fotela i pokonywanie zakrętów. | TAK |  |
|  | Centralny hamulec uruchamiany jednym dotknięciem zmniejszający konieczność schylania się i sięgania, poprawiający wydajność pracy opiekuna. | TAK |  |
|  | Kółka chroniące przed przewróceniem zwiększające stabilność i bezpieczeństwo pacjentów. | TAK |  |
|  | Sztywna rama pokryta ochronną farbą antykorozyjną nanoszoną proszkowo, umożliwiająca wsuwanie jednego fotela w drugi. | TAK |  |
|  | Łatwy do utrzymania w czystości, rama fotela zbudowana jest z połączonych bezszwowo elementów, łatwych do dezynfekcji i nadających się do mycia ciśnieniowego. | TAK |  |
|  | Żółte punkty aktywacyjne obsługiwane intuicyjnie. | TAK |  |
|  | Ruchome, ale nieodłączalne elementy zmniejszające ryzyko zgubienia lub kradzieży części. | TAK |  |
|  | Ergonomiczne rączki (uchwyty) do pchania wózka typu BackSmart, zmniejszające konieczność schylania się i dalekiego sięgania. | TAK |  |
|  | Odchylany podnóżek z funkcją składania, pomagający zmniejszyć ryzyko potknięcia się i zapewniający pacjentowi wolną przestrzeń do wejścia i zejścia z fotela. | TAK |  |
|  | Odchylane i wyprofilowane podłokietniki zapewniające wyższy i dłuższy punkt podparcia dla pacjenta. Podłokietniki odchylane poza oparcie pleców zapewniające lepszy dostęp do pacjenta. | TAK |  |
|  | Obsługiwana stopą funkcja odchylania zwiększająca dostęp do pacjenta oraz umożliwiająca bliższe ustawienie fotela względem łóżek, pojazdów lub stołów. | TAK |  |
|  | Maksymalne bezpieczne obciążenie do minimum 225 kg umożliwiające przewożenie nawet bardzo ciężkich pacjentów. | TAK  podać |  |
|  | Wytrzymały stojak na kroplówki o grubości min.2,5 cm chromowany lub metalowy, zawierający wbudowane haczyki. | TAK |  |
|  | Uchwyt na butlę z tlenem, zmniejszając konieczność schylania i podnoszenia się przy umieszczaniu butli z tlenem za oparciem fotela. | TAK |  |
|  | Uchwyt na kartę pacjenta, montaż stały za oparciem pleców. | TAK |  |
|  | Siedzisko oraz oparcie pleców fotela – wytłaczany plastik, wykonanie bezszwowe. | TAK |  |
|  | Podpórki na nogi. | TAK |  |
|  | Wymiary całkowite: długość 100-105cm, szerokość 71-72cm. | TAK  podać |  |
|  | Szerokość siedziska 53-55cm. | TAK  podać |  |
|  | Wysokość siedziska: od podnóżka 37-39cm, od podłoża 52-54cm. | TAK  podać |  |
|  | Wysokość fotela ze stojakiem na kroplówki w zakresie:185-190cm. | TAK  podać |  |
|  | Wysokość fotela bez stojaka na kroplówki w zakresie:112-115cm. | TAK  podać |  |
|  | Siedzisko oraz oparcie pleców wykonane z tworzywa zmywalne, odporne na częstą dezynfekcję. | TAK |  |
|  | Wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpieczne. | TAK |  |
|  | **Warunki gwarancji i serwisu gwarancyjnego** |  |  |
|  | Wyrób fabrycznie nowy, rok produkcji: nie wcześniej niż 2022 | TAK  Podać |  |
|  | Termin gwarancji minimum 36 miesięcy. | TAK  Podać |  |
|  | Paszport techniczny z informacjami zawierającymi datę dostawy aparatu i termin następnego przeglądu.  *Dostarczyć wraz z dostawą przedmiotu zamówienia* | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim.  *Dostarczyć wraz z dostawą przedmiotu zamówienia* | TAK |  |
|  | Producent, kraj pochodzenia. | TAK  Podać |  |
|  | Typ / model | TAK  Podać |  |
|  | Autoryzowany serwis na terenie Polski. | TAK  Podać |  |
|  | Zagwarantowanie dostępności serwisu, oprogramowania i części zamiennych przez co najmniej 10 lat od daty dostawy. | TAK  podać |  |

Uwaga!!!

W kolumnie „WYMAGANE” wyraz „TAK ‘’- oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo sprawdzenia wiarygodności podanych przez Wykonawcę parametrów technicznych we wszystkich dostępnych źródłach (w tym u producenta). W przypadku jakichkolwiek wątpliwości Zamawiający wymagać będzie prezentacji aparatury i jej parametrów technicznych.

Do oferty należy dołączyć oświadczenie o posiadaniu materiałów informacyjnych zawierających pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych i ocenianych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych i ocenianych zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

Treść oświadczenia wykonawcy:

1.Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia przedmiotu zamówienia spełniającego wyspecyfikowane parametry.

2.Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po jego przekazaniu protokółem odbioru będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza typowymi, znormalizowanymi materiałami eksploatacyjnymi )

……………………………………………………………………………..

data, podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/ych