|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane, tak/nie, podać, opisać** |
| **Wózek inwalidzki- 2 szt. ZADANIE nr 5** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, wyklucza się wózki podemonstracyjne | Tak, podać |  |
|  | Fotel przeznaczony do przewożenia pacjentów w pozycji siedzącej | Tak, podać |  |
|  | Konstrukcja fotela wykonana ze stali węglowej lakierowanej proszkowo | Tak, podać |  |
|  | Wyprofilowane siedzisko i oparcie fotela wykonane w wytłaczanego, zmywalnego tworzywa sztucznego bez szwów i łączeń, o gładkiej powierzchni łatwej do dezynfekcji | Tak, podać |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie min. 225 kg | Tak, podać |  |
|  | Długość całkowita fotela 1000 mm (±50 mm) | Tak, podać |  |
|  | Szerokość całkowita fotela 700 mm (±50 mm) | Tak, podać |  |
|  | Wysokość fotela bez stojaka na kroplówki 1100 mm (±50 mm) | Tak, podać |  |
|  | Szerokość siedziska 550 mm (± 20 mm) | Tak, podać |  |
|  | Głębokość siedziska 500 mm (± 20 mm) | Tak, podać |  |
|  | Wysokość siedziska od podłoża: 530 mm, od podnóżków: 380 mm (±20 mm) | Tak, podać |  |
|  | Wysokość oparcia pleców 550 (± 20 mm) | Tak, podać |  |
|  | Długość podłokietników 500 mm (± 20 mm)  | Tak, podać |  |
|  | Możliwość mycia ciśnieniowego fotela | Tak, podać |  |
|  | Wyprofilowane rączki do prowadzenia fotela powlekane materiałem antypoślizgowym umożliwiające personelowi ustawienie łokci pod ergonomicznym kątem 90ͦ podczas transportu niezależnie od wzrostu personelu | Tak, podać |  |
|  | Wózek wyposażony w duże pełne koła tylne o średnicy co najmniej 30 cm zwiększające manewrowość fotela, antystatyczne, bez widocznej metalowej osi obrotu zaopatrzone w osłony zabezpieczające mechanizm kół przed zanieczyszczeniem oraz koła przednie skrętne o średnicy co najmniej 12 cm  | Tak, podać |  |
|  | Wózek wyposażony w centralny hamulec nożny uruchamiany jednym dotknięciem stopy. Zamknięta konstrukcja chroni mechanizm hamulca przed wpływem zmiennych czynników zewnętrznych | Tak, podać |  |
|  | Wózek wyposażony w 2 przyciski funkcyjne nożne: hamulec i jazda kierunkowa | Tak, podać |  |
|  | Odchylane podłokietniki o unikalnej konstrukcji zapewniające wyższy i dłuższy punkt podparcia dla pacjenta ułatwiające wsiadanie oraz zsiadanie z fotela. Podłokietniki odchylane poza oparcie pleców zapewniające lepszy dostęp do pacjenta | Tak, podać |  |
|  | Żółte punkty aktywacyjne wskazujące wszystkie elementy ruchome fotela, ale nieodłączalne | Tak, podać |  |
|  | Automatycznie składane podnóżki z funkcją odwodzenia na boki zmniejszają ryzyko potknięcia i zwiększają dostęp do pacjenta. Podnóżki powlekane wyprofilowanym materiałem antypoślizgowym. Wypustki w podnóżkach obsługiwane stopą umożliwiają personelowi umieszczenie pacjenta w fotelu bez zbędnego schylania się i dotykania podnóżków, co zapobiega przeniesieniu drobnoustrojów | Tak, podać |  |
|  | Kółka przeciw wywrotne wbudowane w ramę fotela zwiększające stabilność i bezpieczeństwo pacjenta i personelu | Tak, podać |  |
|  | Sztywna rama umożliwiająca wsuwanie jednego fotela w drugi zmniejsza ryzyko kradzieży i oszczędza miejsce w palcówce | Tak, podać |  |
|  | Uchwyt na kartę montowany za oparciem fotela. Otwarta konstrukcja ułatwia czyszczenie uchwytu | Tak, podać |  |
|  | Uchwyty na worki na mocz montowane pod siedziskiem | Tak, podać |  |
|  | **Wyposażenie dodatkowe** | Tak, podać |  |
|  | Chromowany stojak na kroplówki montowany na stałe, odporny na rdzewienie, o grubości 2,5 cm. Załączona okrągła końcówka stojaka z min. 5 haczykami. Końcówka z haczykami dostępna w min. 6 kolorach umożliwiających identyfikacje na oddziałach | Tak, podać |  |
|  | Pionowy uchwyt na butle z tlenem. Ustawiony trwale w jednej pozycji, co minimalizuje konieczność schylania się i podnoszenia ciężkiej butli | Tak, podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane, tak/nie, podać, opisać** |
| **Gwarancja i serwis:** |
|  | Termin rozpoczęcia gwarancji - licząc od dnia oddania urządzenia do użytkowania, (gwarancja bezwarunkowa- 24/36 miesiące/y) | Tak, podać |   |
|  | Gwarancja obejmuje:- przeglądy w okresie jej trwania- wymiany/naprawy uszkodzonych części oraz podzespołów- dojazdy/przejazdy pracowników Wykonawcy- robociznę- wszystkie pozostałe koszty niezbędne do wykonania czynności serwisowych | Tak, podać |  |
|  | W okresie trwania gwarancji przeglądy zgodnie z wymaganiami producenta, min. 1 na rok, wykonywane na koszt Wykonawcy | Tak, podać |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim, dostarczona w dniu dostawy sprzętu | Tak, podać |  |
|  | Czas przystąpienia serwisu do naprawy w okresie gwarancyjnym w przypadku wystąpienia awarii uniemożliwiającej pracy na oferowanym urządzeniu ≤24 (godziny) | Tak, podać |  |
|  | Czas usunięcia uszkodzeń w przypadku konieczności importu części - max 5 dni | Tak, podać |  |
|  | Czas usunięcia uszkodzeń niewymagającego importu części - max 2 dni | Tak, podać |  |
|  | W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 2 dni Wykonawca zobowiązuje się do dostarczenia urządzenia zastępczego | Tak, podać |  |
|  | Autoryzowany serwis na terenie Polski- podać nazwę, adres, telefon kontaktowy wraz z dokumentacją potwierdzającą autoryzację **(Wykonawca dostarczy dokumentację potwierdzającą autoryzację wraz z ofertą)** | Tak, podać |  |
| **Szkolenia:** |
|  | Szkolenie dla personelu medycznego: podczas instalacji i montażu urządzeńZakres szkolenia:- obsługa urządzenia: dobór nastaw i parametrów- konserwacja i montaż oraz demontaż akcesoriów zużywalnych | Tak, podać |  |

………………………………………………………

Kwalifikowany podpis elektroniczny

Uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy