**ZP/230-36/2022 Załącznik nr 1.1 do SWZ**

**Pakiet nr 1 – Różny sprzęt medyczny**

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

**KULE**

**Producent.....................................................................**

**Rok produkcji ...............................................................**

**Kraj pochodzenia...........................................................**

**Model /typ/ nazwa .......................................................**

**Ilość – 4 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr / Opis** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymogów oraz opis parametrów oferowanych** |
|  | **Dane aparatu** |
|  | Kula wykonana z aluminium | **TAK** |  |
|  | Rękojeść oraz podpórka łokciowa wykonana z tworzywa sztucznego | **TAK** |  |
|  | Regulacja wysokości: od podłoża do rękojeści: min. 70 -max.95 cm | **TAK** |  |
|  | Regulacja wysokości: od podłoża do podpórki łokciowej :min.95 - max 120 cm | **TAK** |  |
|  | Regulacja wysokości: od uchwytu do podpórki łokciowej :min.25 - max.30 cm | **TAK** |  |
|  | Regulacja skokowo co 2 cm | **TAK** |  |
|  | Obciążenie min 130kg | **TAK** |  |
|  | Nasadka/stopka antypoślizgowa | **TAK** |  |
|  | Masa max 0.75 kg | **TAK** |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | **TAK** |  |
|  | Montaż we wskazanym miejscu w siedzibie Zamawiającego | **TAK** |  |
|  | Bezpłatny serwis i przeglądy techniczne zgodnie z instrukcją serwisową w siedzibie Zamawiającego w całym okresie trwania gwarancji z wymianą części zużywalnych na koszt Wykonawcy | **TAK** |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi sprzętu | **TAK** |  |
|  | Szkolenie personelu w zakresie podstawowej obsługi serwisowej sprzętu wraz z autoryzacja producenta | **TAK** |  |
|  | Certyfikaty dopuszczające do stosowania w jednostkach medycznych na terenie Polski  | **TAK** |  |
|  | Trzykrotna naprawa urządzenia w czasie trwania gwarancji skutkuje wymianą na nowe urządzenie | **TAK** |  |
|  | Wymiana podzespołu na nowy – natychmiast lub po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy | **TAK** |  |
|  | Czas usunięcia zgłoszonych wad lub usterek i wykonania napraw maks. do 7 dni od daty zgłoszenia przez Zamawiającego, a w przypadku skomplikowanych awarii związanych z koniecznością sprowadzenia części zamiennych z zagranicy maks. do 14 dni. W przypadku naprawy trwającej powyżej 14 dni Wykonawca dostarczy i zainstaluje sprzęt zastępczy o parametrach nie gorszych niż sprzęt objęty gwarancją, na swój koszt.  | **TAK** |  |
|  | Graniczny czas naprawy po przekroczeniu, którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji wynosi 14 dni - w przypadku, gdy Wykonawca nie zapewni urządzenia zastępczego. | **TAK** |  |
|  | Dostępność części zamiennych dla Zamawiającego min 10 lat od podpisania protokołu odbioru | **TAK** |  |

|  |
| --- |
| Oświadczamy, że:Oferowane powyżej urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu i uruchomieniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych. |

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

**LASKI**

**Producent.....................................................................**

**Rok produkcji ...............................................................**

**Kraj pochodzenia...........................................................**

**Model /typ/ nazwa .......................................................**

**Ilość – 4 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr / Opis** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymogów oraz opis parametrów oferowanych** |
|  | **Dane aparatu** |
|  | Laska wykonana z anodyzowanego aluminium | **TAK** |  |
|  | Rękojeść wykonana z tworzywa odpornego na dezynfekcję | **TAK** |  |
|  | Regulacja wysokości: od podłoża do rękojeści: min. 75 -max.90 cm | **TAK** |  |
|  | Uchwyt /rękojeść uniwersalny (prawa lub lewa dłoń) | **TAK** |  |
|  | Regulacja skokowo co 2 cm | **TAK** |  |
|  | Obciążenie min 120kg | **TAK** |  |
|  | Nasadka/stopka antypoślizgowa adaptująca się do wszystkich powierzchni | **TAK** |  |
|  | Masa max 0.75 kg | **TAK** |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | **TAK** |  |
|  | Montaż we wskazanym miejscu w siedzibie Zamawiającego | **TAK** |  |
|  | Bezpłatny serwis i przeglądy techniczne zgodnie z instrukcją serwisową w siedzibie Zamawiającego w całym okresie trwania gwarancji z wymianą części zużywalnych na koszt Wykonawcy | **TAK** |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi sprzętu | **TAK** |  |
|  | Szkolenie personelu w zakresie podstawowej obsługi serwisowej sprzętu wraz z autoryzacja producenta | **TAK** |  |
|  | Certyfikaty dopuszczające do stosowania w jednostkach medycznych na terenie Polski  | **TAK** |  |
|  | Trzykrotna naprawa urządzenia w czasie trwania gwarancji skutkuje wymianą na nowe urządzenie | **TAK** |  |
|  | Wymiana podzespołu na nowy – natychmiast lub po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy | **TAK** |  |
|  | Czas usunięcia zgłoszonych wad lub usterek i wykonania napraw maks. do 7 dni od daty zgłoszenia przez Zamawiającego, a w przypadku skomplikowanych awarii związanych z koniecznością sprowadzenia części zamiennych z zagranicy maks. do 14 dni. W przypadku naprawy trwającej powyżej 14 dni Wykonawca dostarczy i zainstaluje sprzęt zastępczy o parametrach nie gorszych niż sprzęt objęty gwarancją, na swój koszt.  | **TAK** |  |
|  | Graniczny czas naprawy po przekroczeniu, którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji wynosi 14 dni - w przypadku, gdy Wykonawca nie zapewni urządzenia zastępczego. | **TAK** |  |
|  | Dostępność części zamiennych dla Zamawiającego min 10 lat od podpisania protokołu odbioru | **TAK** |  |
| Oświadczamy, że:Oferowane powyżej urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu i uruchomieniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych. |

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

**TRÓJNOG**

**Producent.....................................................................**

**Rok produkcji ...............................................................**

**Kraj pochodzenia...........................................................**

**Model /typ/ nazwa .......................................................**

**Ilość – 2 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr / Opis** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymogów oraz opis parametrów oferowanych** |
|  | **Dane aparatu** |
|  | Trójnóg wykonana z aluminium | **TAK** |  |
|  | Rękojeść wykonana z tworzywa odpornego na dezynfekcję | **TAK** |  |
|  | Regulacja wysokości: od podłoża do rękojeści: min. 75 -max.95 cm | **TAK** |  |
|  | Uchwyt uniwersalny (prawa lub lewa dłoń) | **TAK** |  |
|  | Regulacja skokowo co 2 cm | **TAK** |  |
|  | Obciążenie min 100kg | **TAK** |  |
|  | Trzy punkty podparcia w podstawie | **TAK** |  |
|  | Średnica podstawy min 25cm | **TAK** |  |
|  | Nasadki/stopki antypoślizgowe | **TAK** |  |
|  | Masa max 1 kg | **TAK** |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | **TAK** |  |
|  | Montaż we wskazanym miejscu w siedzibie Zamawiającego | **TAK** |  |
|  | Bezpłatny serwis i przeglądy techniczne zgodnie z instrukcją serwisową w siedzibie Zamawiającego w całym okresie trwania gwarancji z wymianą części zużywalnych na koszt Wykonawcy | **TAK** |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi sprzętu | **TAK** |  |
|  | Szkolenie personelu w zakresie podstawowej obsługi serwisowej sprzętu wraz z autoryzacja producenta | **TAK** |  |
|  | Certyfikaty dopuszczające do stosowania w jednostkach medycznych na terenie Polski  | **TAK** |  |
|  | Trzykrotna naprawa urządzenia w czasie trwania gwarancji skutkuje wymianą na nowe urządzenie | **TAK** |  |
|  | Wymiana podzespołu na nowy – natychmiast lub po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy | **TAK** |  |
|  | Czas usunięcia zgłoszonych wad lub usterek i wykonania napraw maks. do 7 dni od daty zgłoszenia przez Zamawiającego, a w przypadku skomplikowanych awarii związanych z koniecznością sprowadzenia części zamiennych z zagranicy maks. do 14 dni. W przypadku naprawy trwającej powyżej 14 dni Wykonawca dostarczy i zainstaluje sprzęt zastępczy o parametrach nie gorszych niż sprzęt objęty gwarancją, na swój koszt.  | **TAK** |  |
|  | Graniczny czas naprawy po przekroczeniu, którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji wynosi 14 dni - w przypadku, gdy Wykonawca nie zapewni urządzenia zastępczego. | **TAK** |  |
|  | Dostępność części zamiennych dla Zamawiającego min 10 lat od podpisania protokołu odbioru | **TAK** |  |
| Oświadczamy, że:Oferowane powyżej urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu i uruchomieniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych. |

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

**CZWÓRNOG**

**Producent.....................................................................**

**Rok produkcji ...............................................................**

**Kraj pochodzenia...........................................................**

**Model /typ/ nazwa .......................................................**

**Ilość – 2 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr / Opis** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymogów oraz opis parametrów oferowanych** |
|  | **Dane aparatu** |
|  | Wykonana z aluminium | **TAK** |  |
|  | Rękojeść wykonana z tworzywa odpornego na dezynfekcję | **TAK** |  |
|  | Regulacja wysokości: od podłoża do rękojeści: min. 75 -max.95 cm | **TAK** |  |
|  | Uchwyt uniwersalny (prawa lub lewa dłoń) | **TAK** |  |
|  | Regulacja skokowo co 2 cm | **TAK** |  |
|  | Obciążenie min 100kg | **TAK** |  |
|  | Cztery punkty podparcia w podstawie | **TAK** |  |
|  | Średnica podstawy min 25cm | **TAK** |  |
|  | Nasadki/stopki antypoślizgowe | **TAK** |  |
|  | Masa max 1 kg | **TAK** |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | **TAK** |  |
|  | Montaż we wskazanym miejscu w siedzibie Zamawiającego | **TAK** |  |
|  | Bezpłatny serwis i przeglądy techniczne zgodnie z instrukcją serwisową w siedzibie Zamawiającego w całym okresie trwania gwarancji z wymianą części zużywalnych na koszt Wykonawcy | **TAK** |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi sprzętu | **TAK** |  |
|  | Szkolenie personelu w zakresie podstawowej obsługi serwisowej sprzętu wraz z autoryzacja producenta | **TAK** |  |
|  | Certyfikaty dopuszczające do stosowania w jednostkach medycznych na terenie Polski  | **TAK** |  |
|  | Trzykrotna naprawa urządzenia w czasie trwania gwarancji skutkuje wymianą na nowe urządzenie | **TAK** |  |
|  | Wymiana podzespołu na nowy – natychmiast lub po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy | **TAK** |  |
|  | Czas usunięcia zgłoszonych wad lub usterek i wykonania napraw maks. do 7 dni od daty zgłoszenia przez Zamawiającego, a w przypadku skomplikowanych awarii związanych z koniecznością sprowadzenia części zamiennych z zagranicy maks. do 14 dni. W przypadku naprawy trwającej powyżej 14 dni Wykonawca dostarczy i zainstaluje sprzęt zastępczy o parametrach nie gorszych niż sprzęt objęty gwarancją, na swój koszt.  | **TAK** |  |
|  | Graniczny czas naprawy po przekroczeniu, którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji wynosi 14 dni - w przypadku, gdy Wykonawca nie zapewni urządzenia zastępczego. | **TAK** |  |
|  | Dostępność części zamiennych dla Zamawiającego min 10 lat od podpisania protokołu odbioru | **TAK** |  |
| Oświadczamy, że:Oferowane powyżej urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu i uruchomieniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych. |

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

**BALKONIK Z NÓŻKAMI**

**Producent.....................................................................**

**Rok produkcji ...............................................................**

**Kraj pochodzenia...........................................................**

**Model /typ/ nazwa .......................................................**

**Ilość – 2 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr / Opis** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymogów oraz opis parametrów oferowanych** |
|  | **Dane aparatu** |
|  | Wykonany z aluminium | **TAK** |  |
|  | Uchwyty dłoni wykonane z tworzywa odporne na dezynfekcję | **TAK** |  |
|  | Regulacja wysokości: od podłoża do rękojeści: min. 80 -max.100 cm | **TAK** |  |
|  | Regulacja skokowo co 2 cm | **TAK** |  |
|  | Obciążenie min 120kg | **TAK** |  |
|  | Cztery punkty podparcia w podstawie | **TAK** |  |
|  | Nasadki/stopki antypoślizgowe | **TAK** |  |
|  | Szerokość całkowita max 55cm | **TAK** |  |
|  | Masa max 2,5 kg | **TAK** |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | **TAK** |  |
|  | Montaż we wskazanym miejscu w siedzibie Zamawiającego | **TAK** |  |
|  | Bezpłatny serwis i przeglądy techniczne zgodnie z instrukcją serwisową w siedzibie Zamawiającego w całym okresie trwania gwarancji z wymianą części zużywalnych na koszt Wykonawcy | **TAK** |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi sprzętu | **TAK** |  |
|  | Szkolenie personelu w zakresie podstawowej obsługi serwisowej sprzętu wraz z autoryzacja producenta | **TAK** |  |
|  | Certyfikaty dopuszczające do stosowania w jednostkach medycznych na terenie Polski  | **TAK** |  |
|  | Trzykrotna naprawa urządzenia w czasie trwania gwarancji skutkuje wymianą na nowe urządzenie | **TAK** |  |
|  | Wymiana podzespołu na nowy – natychmiast lub po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy | **TAK** |  |
|  | Czas usunięcia zgłoszonych wad lub usterek i wykonania napraw maks. do 7 dni od daty zgłoszenia przez Zamawiającego, a w przypadku skomplikowanych awarii związanych z koniecznością sprowadzenia części zamiennych z zagranicy maks. do 14 dni. W przypadku naprawy trwającej powyżej 14 dni Wykonawca dostarczy i zainstaluje sprzęt zastępczy o parametrach nie gorszych niż sprzęt objęty gwarancją, na swój koszt.  | **TAK** |  |
|  | Graniczny czas naprawy po przekroczeniu, którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji wynosi 14 dni - w przypadku, gdy Wykonawca nie zapewni urządzenia zastępczego. | **TAK** |  |
|  | Dostępność części zamiennych dla Zamawiającego min 10 lat od podpisania protokołu odbioru | **TAK** |  |
| Oświadczamy, że:Oferowane powyżej urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu i uruchomieniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych. |

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

**BALKONIK Z KÓŁKAMI**

**Producent.....................................................................**

**Rok produkcji ...............................................................**

**Kraj pochodzenia...........................................................**

**Model /typ/ nazwa .......................................................**

**Ilość – 2 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr / Opis** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymogów oraz opis parametrów oferowanych** |
|  | **Dane aparatu** |
|  | Wykonany z aluminium | **TAK** |  |
|  | Trzyfunkcyjny (funkcja krocząca, przestawna, transportowa)  | **TAK** |  |
|  | Uchwyty dłoni wykonane z tworzywa odporne na dezynfekcję | **TAK** |  |
|  | Regulacja wysokości: od podłoża do rękojeści: min. 80 -max.100 cm | **TAK** |  |
|  | Regulacja skokowo co 2 cm | **TAK** |  |
|  | Obciążenie min 120kg | **TAK** |  |
|  | Cztery punkty podparcia w podstawie | **TAK** |  |
|  | 2 kółka w przedniej części oraz 2 stopki w tylnej części | **TAK** |  |
|  | Nasadki/stopki antypoślizgowe | **TAK** |  |
|  | Szerokość całkowita max 55cm | **TAK** |  |
|  | Masa max 2,5 kg | **TAK** |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | **TAK** |  |
|  | Montaż we wskazanym miejscu w siedzibie Zamawiającego | **TAK** |  |
|  | Bezpłatny serwis i przeglądy techniczne zgodnie z instrukcją serwisową w siedzibie Zamawiającego w całym okresie trwania gwarancji z wymianą części zużywalnych na koszt Wykonawcy | **TAK** |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi sprzętu | **TAK** |  |
|  | Szkolenie personelu w zakresie podstawowej obsługi serwisowej sprzętu wraz z autoryzacja producenta | **TAK** |  |
|  | Certyfikaty dopuszczające do stosowania w jednostkach medycznych na terenie Polski  | **TAK** |  |
|  | Trzykrotna naprawa urządzenia w czasie trwania gwarancji skutkuje wymianą na nowe urządzenie | **TAK** |  |
|  | Wymiana podzespołu na nowy – natychmiast lub po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy | **TAK** |  |
|  | Czas usunięcia zgłoszonych wad lub usterek i wykonania napraw maks. do 7 dni od daty zgłoszenia przez Zamawiającego, a w przypadku skomplikowanych awarii związanych z koniecznością sprowadzenia części zamiennych z zagranicy maks. do 14 dni. W przypadku naprawy trwającej powyżej 14 dni Wykonawca dostarczy i zainstaluje sprzęt zastępczy o parametrach nie gorszych niż sprzęt objęty gwarancją, na swój koszt.  | **TAK** |  |
|  | Graniczny czas naprawy po przekroczeniu, którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji wynosi 14 dni - w przypadku, gdy Wykonawca nie zapewni urządzenia zastępczego. | **TAK** |  |
|  | Dostępność części zamiennych dla Zamawiającego min 10 lat od podpisania protokołu odbioru | **TAK** |  |
| Oświadczamy, że:Oferowane powyżej urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu i uruchomieniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych. ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH **WÓZEK INWALIDZKI****Producent.....................................................................****Rok produkcji ...............................................................****Kraj pochodzenia...........................................................****Model /typ/ nazwa .......................................................****Ilość – 15 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr / Opis** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymogów oraz opis parametrów oferowanych** |
|  | **Dane aparatu** |
|  | Rama malowana proszkowo | **TAK** |  |
|  | Możliwość składania do przechowywania lub transportu | **TAK** |  |
|  | Szerokość siedziska min 48 cm | **TAK** |  |
|  | Regulacja środka ciężkości | **TAK** |  |
|  | Oparcie i siedzisko zmywalne z odpornego na zanieczyszczenia tworzywa | **TAK** |  |
|  | Możliwość użytkowania wózka wewnątrz pomieszczeń oraz na zewnątrz budynków | **TAK** |  |
|  | Hamulec postojowy | **TAK** |  |
|  | Stalowe ciągi | **TAK** |  |
|  | Podłokietniki po obydwu stronach z możliwością ich demontażu | **TAK** |  |
|  | Uchylne stalowe podnóżki ze skokową regulacją długości | **TAK** |  |
|  | Tylne koła pełne gumowe o średnicy 24'' | **TAK** |  |
|  | Przednie koła pełne gumowe o średnicy 8'' | **TAK** |  |
|  | System antywywrotny | **TAK** |  |
|  | Maksymalne obciążenie: min 130 kg | **TAK** |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
|  | Uzupełniony paszport techniczny | **TAK** |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | **TAK** |  |
|  | Montaż we wskazanym miejscu w siedzibie Zamawiającego | **TAK** |  |
|  | Bezpłatny serwis i przeglądy techniczne zgodnie z instrukcją serwisową w siedzibie Zamawiającego w całym okresie trwania gwarancji z wymianą części zużywalnych na koszt Wykonawcy | **TAK** |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi sprzętu | **TAK** |  |
|  | Szkolenie personelu w zakresie podstawowej obsługi serwisowej sprzętu wraz z autoryzacja producenta | **TAK** |  |
|  | Certyfikaty dopuszczające do stosowania w jednostkach medycznych na terenie Polski  | **TAK** |  |
|  | Udokumentowanie każdego przeglądu i naprawy raportem serwisowym i wpisem do paszportu | **TAK** |  |
|  | Trzykrotna naprawa urządzenia w czasie trwania gwarancji skutkuje wymianą na nowe urządzenie | **TAK** |  |
|  | Wymiana podzespołu na nowy – natychmiast lub po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy | **TAK** |  |
|  | Czas usunięcia zgłoszonych wad lub usterek i wykonania napraw maks. do 7 dni od daty zgłoszenia przez Zamawiającego, a w przypadku skomplikowanych awarii związanych z koniecznością sprowadzenia części zamiennych z zagranicy maks. do 14 dni. W przypadku naprawy trwającej powyżej 14 dni Wykonawca dostarczy i zainstaluje sprzęt zastępczy o parametrach nie gorszych niż sprzęt objęty gwarancją, na swój koszt.  | **TAK** |  |
|  | Graniczny czas naprawy po przekroczeniu, którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji wynosi 14 dni - w przypadku, gdy Wykonawca nie zapewni urządzenia zastępczego. | **TAK** |  |
|  | Dostępność części zamiennych dla Zamawiającego min 10 lat od podpisania protokołu odbioru | **TAK** |  |
| Oświadczamy, że:Oferowane powyżej urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu i uruchomieniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych. |

 |

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

**WÓZEK INWALIDZKI BARIATRYCZNY**

**Producent.....................................................................**

**Rok produkcji ...............................................................**

**Kraj pochodzenia...........................................................**

**Model /typ/ nazwa .......................................................**

**Ilość – 5 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr / Opis** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymogów oraz opis parametrów oferowanych** |
|  | **Dane aparatu** |
|  | Rama stalowa wzmacniana krzyżakowa  | **TAK** |  |
|  | Rama malowana proszkowo | **TAK** |  |
|  | Możliwość składania do przechowywania lub transportu | **TAK** |  |
|  | Szerokość siedziska min 56 cm | **TAK** |  |
|  | Regulacja środka ciężkości | **TAK** |  |
|  | Oparcie i siedzisko zmywalne z odpornego na zanieczyszczenia tworzywa | **TAK** |  |
|  | Możliwość użytkowania wózka wewnątrz pomieszczeń oraz na zewnątrz budynków | **TAK** |  |
|  | Hamulec postojowy | **TAK** |  |
|  | Stalowe ciągi | **TAK** |  |
|  | Podłokietniki po obydwu stronach z możliwością ich demontażu | **TAK** |  |
|  | Uchylne stalowe podnóżki ze skokową regulacją długości | **TAK** |  |
|  | Tylne koła pełne gumowe o średnicy 24'' | **TAK** |  |
|  | Przednie koła pełne gumowe o średnicy 8'' | **TAK** |  |
|  | System antywywrotny | **TAK** |  |
|  | Maksymalne obciążenie: min 225 kg | **TAK** |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
|  | Uzupełniony paszport techniczny | **TAK** |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | **TAK** |  |
|  | Montaż we wskazanym miejscu w siedzibie Zamawiającego | **TAK** |  |
|  | Bezpłatny serwis i przeglądy techniczne zgodnie z instrukcją serwisową w siedzibie Zamawiającego w całym okresie trwania gwarancji z wymianą części zużywalnych na koszt Wykonawcy | **TAK** |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi sprzętu | **TAK** |  |
|  | Szkolenie personelu w zakresie podstawowej obsługi serwisowej sprzętu wraz z autoryzacja producenta | **TAK** |  |
|  | Certyfikaty dopuszczające do stosowania w jednostkach medycznych na terenie Polski  | **TAK** |  |
|  | Udokumentowanie każdego przeglądu i naprawy raportem serwisowym i wpisem do paszportu | **TAK** |  |
|  | Trzykrotna naprawa urządzenia w czasie trwania gwarancji skutkuje wymianą na nowe urządzenie | **TAK** |  |
|  | Wymiana podzespołu na nowy – natychmiast lub po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy | **TAK** |  |
|  | Czas usunięcia zgłoszonych wad lub usterek i wykonania napraw maks. do 7 dni od daty zgłoszenia przez Zamawiającego, a w przypadku skomplikowanych awarii związanych z koniecznością sprowadzenia części zamiennych z zagranicy maks. do 14 dni. W przypadku naprawy trwającej powyżej 14 dni Wykonawca dostarczy i zainstaluje sprzęt zastępczy o parametrach nie gorszych niż sprzęt objęty gwarancją, na swój koszt.  | **TAK** |  |
|  | Graniczny czas naprawy po przekroczeniu, którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji wynosi 14 dni - w przypadku, gdy Wykonawca nie zapewni urządzenia zastępczego. | **TAK** |  |
|  | Dostępność części zamiennych dla Zamawiającego min 10 lat od podpisania protokołu odbioru | **TAK** |  |
| Oświadczamy, że:Oferowane powyżej urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu i uruchomieniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych. |

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

**WÓZEK INWALIDZKI Z PODPARCIEM GŁOWY**

**Producent.....................................................................**

**Rok produkcji ...............................................................**

**Kraj pochodzenia...........................................................**

**Model /typ/ nazwa .......................................................**

**Ilość – 2 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr / Opis** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymogów oraz opis parametrów oferowanych** |
|  | **Dane aparatu** |
|  | Rama stalowa malowana proszkowo | **TAK** |  |
|  | Regulacja środka ciężkości | **TAK** |  |
|  | Oparcie i siedzisko z odpornego na zanieczyszczenia tworzywa | **TAK** |  |
|  | Hamulec postojowy | **TAK** |  |
|  | Stalowe ciągi | **TAK** |  |
|  | Podłokietniki po obydwu stronach | **TAK** |  |
|  | Podparcie głowy | **TAK** |  |
|  | Uchylne stalowe podnóżki ze skokową regulacją długości | **TAK** |  |
|  | Tylne koła pełne gumowe o średnicy 24'' | **TAK** |  |
|  | Przednie koła pełne gumowe o średnicy 8'' | **TAK** |  |
|  | System antywywrotny | **TAK** |  |
|  | maksymalne obciążenie: min 140 kg | **TAK** |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
|  | Uzupełniony paszport techniczny | **TAK** |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | **TAK** |  |
|  | Montaż we wskazanym miejscu w siedzibie Zamawiającego | **TAK** |  |
|  | Bezpłatny serwis i przeglądy techniczne zgodnie z instrukcją serwisową w siedzibie Zamawiającego w całym okresie trwania gwarancji z wymianą części zużywalnych na koszt Wykonawcy | **TAK** |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi sprzętu | **TAK** |  |
|  | Szkolenie personelu w zakresie podstawowej obsługi serwisowej sprzętu wraz z autoryzacja producenta | **TAK** |  |
|  | Certyfikaty dopuszczające do stosowania w jednostkach medycznych na terenie Polski  | **TAK** |  |
|  | Udokumentowanie każdego przeglądu i naprawy raportem serwisowym i wpisem do paszportu | **TAK** |  |
|  | Trzykrotna naprawa urządzenia w czasie trwania gwarancji skutkuje wymianą na nowe urządzenie | **TAK** |  |
|  | Wymiana podzespołu na nowy – natychmiast lub po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy | **TAK** |  |
|  | Czas usunięcia zgłoszonych wad lub usterek i wykonania napraw maks. do 7 dni od daty zgłoszenia przez Zamawiającego, a w przypadku skomplikowanych awarii związanych z koniecznością sprowadzenia części zamiennych z zagranicy maks. do 14 dni. W przypadku naprawy trwającej powyżej 14 dni Wykonawca dostarczy i zainstaluje sprzęt zastępczy o parametrach nie gorszych niż sprzęt objęty gwarancją, na swój koszt.  | **TAK** |  |
|  | Graniczny czas naprawy po przekroczeniu, którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji wynosi 14 dni - w przypadku, gdy Wykonawca nie zapewni urządzenia zastępczego. | **TAK** |  |
|  | Dostępność części zamiennych dla Zamawiającego min 10 lat od podpisania protokołu odbioru | **TAK** |  |

|  |
| --- |
| Oświadczamy, że:Oferowane powyżej urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu i uruchomieniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych. |

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

**PARAWAN MEDYCZNY TRZYCZĘSCIOWY**

**Producent.....................................................................**

**Rok produkcji ...............................................................**

**Kraj pochodzenia...........................................................**

**Model /typ/ nazwa .......................................................**

**Ilość – 4**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr / Opis** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymogów oraz opis parametrów oferowanych** |
| **Dane ogólne zestawu** |
|  | Konstrukcja stalowa/malowana proszkowo lub chromowana | **TAK** |  |
|  | Podstawa z kółkami jezdnymi | **TAK** |  |
|  | Wysokość min - 160 cm Szerokość min- 220 cm | **TAK** |  |
|  | Części parawanu połączone za pomocą zatrzasków  | **TAK** |  |
|  | Możliwość składania na płasko | **TAK** |  |
|  | Ekran parawanu wykonany z bawełny lub elanobawełny. | **TAK** |  |
|  | Do oferty dołączony wzornik kolorów, umożliwiający Zamawiającemu wybór koloru ekranu. | **TAK** |  |
|  | Pozostałe wymagania |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | **TAK** |  |
|  | Montaż we wskazanym miejscu w siedzibie Zamawiającego | **TAK** |  |
|  | Bezpłatny serwis i przeglądy techniczne zgodnie z instrukcją serwisową w siedzibie Zamawiającego w całym okresie trwania gwarancji z wymianą części zużywalnych na koszt Wykonawcy | **TAK** |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi sprzętu | **TAK** |  |
|  | Szkolenie personelu w zakresie podstawowej obsługi serwisowej sprzętu wraz z autoryzacja producenta | **TAK** |  |
|  | Certyfikaty dopuszczające do stosowania w jednostkach medycznych na terenie Polski  | **TAK** |  |
|  | Trzykrotna naprawa urządzenia w czasie trwania gwarancji skutkuje wymianą na nowe urządzenie | **TAK** |  |
|  | Wymiana podzespołu na nowy – natychmiast lub po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy | **TAK** |  |
|  | Czas usunięcia zgłoszonych wad lub usterek i wykonania napraw maks. do 7 dni od daty zgłoszenia przez Zamawiającego, a w przypadku skomplikowanych awarii związanych z koniecznością sprowadzenia części zamiennych z zagranicy maks. do 14 dni. W przypadku naprawy trwającej powyżej 14 dni Wykonawca dostarczy i zainstaluje sprzęt zastępczy o parametrach nie gorszych niż sprzęt objęty gwarancją, na swój koszt.  | **TAK** |  |
|  | Graniczny czas naprawy po przekroczeniu, którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji wynosi 14 dni - w przypadku, gdy Wykonawca nie zapewni urządzenia zastępczego. | **TAK** |  |
|  | Dostępność części zamiennych dla Zamawiającego min 10 lat od podpisania protokołu odbioru | **TAK** |  |

|  |
| --- |
| Oświadczamy, że:Oferowane powyżej urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu i uruchomieniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych. |

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

**SPRZĘT ZAPOBIEGAJĄCY POWSTAWANIU ODLEŻYN**

**Producent.....................................................................**

**Rok produkcji ...............................................................**

**Kraj pochodzenia...........................................................**

**Model /typ/ nazwa .......................................................**

**Ilość – 1 zestaw**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr / Opis** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymogów oraz opis parametrów oferowanych** |
| **Dane ogólne zestawu** |
|  | Krążek przeciwodleżynowy pierścieniowy w rozmiarze : średnica 10 cm +/5 cm, wysokość 5 cm - 7 szt | **TAK** |  |
|  | Krążek przeciwodleżynowy pierścieniowy w rozmiarze : w rozmiarze : średnica 18 cm +/ 3 cm, wysokość 5 cm - 7 szt | **TAK** |  |
|  | Krążek przeciwodleżynowy pierścieniowy w rozmiarze : w rozmiarze : średnica 40 cm +/- 3 cm, wysokość 5 cm - 2 szt  | **TAK** |  |
|  | Wałek stabilizujacy, p/odleżynowy, średnica 12 ( +/- 2cm) długość wałka 60 (+/- 5 cm),- 5 szt | **TAK** |  |
|  | Wykonane z nietoksycznej i antyalergicznej pianki poliuretanowej | **TAK** |  |
|  | Formatka pokryta materiałem sanitarnym (PNSP) | **TAK** |  |
|  | Możliwość wielokrotnej dezynfekcji | **TAK** |  |
|  | Zamek błyskawiczny w pokrowcu umożliwiający zdejmowanie. | **TAK** |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | **TAK** |  |
|  | Montaż we wskazanym miejscu w siedzibie Zamawiającego | **TAK** |  |
|  | Bezpłatny serwis i przeglądy techniczne zgodnie z instrukcją serwisową w siedzibie Zamawiającego w całym okresie trwania gwarancji z wymianą części zużywalnych na koszt Wykonawcy | **TAK** |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi sprzętu | **TAK** |  |
|  | Szkolenie personelu w zakresie podstawowej obsługi serwisowej sprzętu wraz z autoryzacja producenta | **TAK** |  |
|  | Certyfikaty dopuszczające do stosowania w jednostkach medycznych na terenie Polski  | **TAK** |  |
|  | Trzykrotna naprawa urządzenia w czasie trwania gwarancji skutkuje wymianą na nowe urządzenie | **TAK** |  |
|  | Wymiana podzespołu na nowy – natychmiast lub po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy | **TAK** |  |
|  | Czas usunięcia zgłoszonych wad lub usterek i wykonania napraw maks. do 7 dni od daty zgłoszenia przez Zamawiającego, a w przypadku skomplikowanych awarii związanych z koniecznością sprowadzenia części zamiennych z zagranicy maks. do 14 dni. W przypadku naprawy trwającej powyżej 14 dni Wykonawca dostarczy i zainstaluje sprzęt zastępczy o parametrach nie gorszych niż sprzęt objęty gwarancją, na swój koszt.  | **TAK** |  |
|  | Graniczny czas naprawy po przekroczeniu, którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji wynosi 14 dni - w przypadku, gdy Wykonawca nie zapewni urządzenia zastępczego. | **TAK** |  |
|  | Dostępność części zamiennych dla Zamawiającego min 10 lat od podpisania protokołu odbioru | **TAK** |  |

|  |
| --- |
| Oświadczamy, że:Oferowane powyżej urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu i uruchomieniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych. |

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

**WAGA ZE WZROSTOMIERZEM**

**Producent.....................................................................**

**Rok produkcji ...............................................................**

**Kraj pochodzenia...........................................................**

**Model /typ/ nazwa .......................................................**

**Ilość – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr / Opis** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymogów oraz opis parametrów oferowanych** |
| **Dane ogólne aparatu** |
|  | Klasa dokładności:  III (3) | **TAK** |  |
|  | Nośność:  min   200 kg | **TAK** |  |
|  | Podziałka (g): 100 g < 150 kg > 200 g | **TAK** |  |
|  | Wymiary podstawy: 300 x 400 mm | **TAK** |  |
|  | Wzrostomierz o zakresie pomiaru: 60-200 cm  | **TAK** |  |
|  | Podziałka wzrostomierza co 1 mm | **TAK** |  |
|  | Automatyczne wyłączanie,  | **TAK** |  |
|  | Rolki transportowe | **TAK** |  |
|  | Zasilanie 230V/50Hz | **TAK** |  |
|  | 4 regulowane podgumowane punkty podparcia wagi | **TAK** |  |
|  | **Wyposażenie**  |  |  |
|  | Świadectwo legalizacji | **TAK** |  |
|  | Kabel sieciowy lub kabel sieciowy z zasilaczem. | **TAK** |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | **TAK** |  |
|  | **Pozostałe** |  |  |
|  | Montaż we wskazanym miejscu w siedzibie kupującego | **TAK** |  |
|  | Bezpłatny serwis i przeglądy techniczne zgodnie z instrukcją serwisową w siedzibie Zamawiającego w całym okresie trwania gwarancji z wymianą części zużywalnych na koszt Wykonawcy | **TAK** |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi sprzętu | **TAK** |  |
|  | Szkolenie personelu w zakresie podstawowej obsługi serwisowej sprzętu wraz z autoryzacja producenta | **TAK** |  |
|  | Certyfikaty dopuszczające do stosowania w jednostkach medycznych na terenie Polski | **TAK** |  |
|  | Udokumentowanie każdego przeglądu i naprawy raportem serwisowym i wpisem do paszportu | **TAK** |  |
|  | Trzykrotna naprawa urządzenia w czasie trwania gwarancji skutkuje wymianą na nowe urządzenie | **TAK** |  |
|  | Wymiana podzespołu na nowy – natychmiast lub po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy | **TAK** |  |
|  | Czas usunięcia zgłoszonych wad lub usterek i wykonania napraw maks. do 7 dni od daty zgłoszenia przez Zamawiającego, a w przypadku skomplikowanych awarii związanych z koniecznością sprowadzenia części zamiennych z zagranicy maks. do 14 dni. W przypadku naprawy trwającej powyżej 14 dni Wykonawca dostarczy i zainstaluje sprzęt zastępczy o parametrach nie gorszych niż sprzęt objęty gwarancją, na swój koszt.  | **TAK** |  |
|  | Graniczny czas naprawy po przekroczeniu, którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji wynosi 14 dni - w przypadku, gdy Wykonawca nie zapewni urządzenia zastępczego. | **TAK** |  |
|  | Urządzenie pozbawione ewentualnych blokad serwisowych, które po upływie gwarancji utrudniałyby właścicielowi dostęp do opcji serwisowych lub naprawę urządzenia przez inny niż Wykonawca podmiot. W przypadku występowania zabezpieczeń serwisowych Wykonawca przekaże Zamawiającemu kody serwisowe podczas ostatniego przeglądu gwarancyjnego | **TAK** |  |
|  | Dostępność części zamiennych dla Zamawiającego min 10 lat od podpisania protokołu odbioru | **TAK** |  |

|  |
| --- |
| Oświadczamy, że:Oferowane powyżej urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu i uruchomieniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych. |

Informacja:
Dokument musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Podmiotu przez osobę podpisującą ofertę.