**Załącznik nr 1 do ofert**

**Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Część 1 – Fotel ginekologiczny z regulowaną elektrycznie wysokością – 1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2023 r: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | | **Wartość wymagana** | Wartość oferowana |
| **1** | **2** | | **3** | **4** |
| **PARAMETRY OGÓLNE** | | | | |
|  | Konstrukcja fotela metalowa pokryta lakierem proszkowym | | TAK, opisać |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości w zakresie min. 60 – 115 cm | | TAK, opisać |  |
|  | Elektryczna regulacja oparcia i przechyłu siedziska | | TAK, opisać |  |
|  | Elektryczne wywołanie pozycji ratunkowej Trendelenburga | | TAK, opisać |  |
|  | Dwa sterowniki zintegrowane z oparciem | | TAK, opisać |  |
|  | Bezprzewodowy sterownik nożny | | TAK, opisać |  |
|  | 3 programowalne pozycje | | TAK, opisać |  |
|  | Kółka w podstawie wysuwane elektrycznie | | TAK, opisać |  |
|  | Wbudowany akumulator awaryjny | | TAK, opisać |  |
|  | Metalowe szyny z boku siedziska do instalacji akcesoriów, min. 2 szt. | | TAK, opisać |  |
|  | Uchwyt na rolkę z papierem | | TAK, opisać |  |
|  | Teleskopowy uchwyt na kroplówki, min. 2 szt. | |  |  |
|  | Kolor tapicerki min. 3 do wyboru | | TAK, opisać |  |
|  | Przechył siedziska o min. 15o | | TAK, opisać |  |
|  | Podpórki nóg sterowane elektrycznie | | TAK, opisać |  |
|  | Wymiary: długość 135 cm, szerokość 67 cm (± 5cm) | | TAK, opisać |  |
|  | Udźwig pacjenta min. 200 kg | | TAK, opisać |  |
|  | Misa ze stali nierdzewnej | | TAK, opisać |  |
|  | Regulowany zagłówek | | TAK, opisać |  |
|  | Sterownik ręczny | | TAK, opisać |  |
|  | Para podkolanników Geopplesa | | TAK, opisać |  |
|  | Podpórka ud wydłużająca fotel, możliwość wykonania badań w pozycji leżącej | | TAK, opisać |  |
|  | Pojedynczy podłokietnik | | TAK, opisać |  |
|  | Plastikowy ochraniacz podpórki stóp | | TAK, opisać |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** | | | | |
| 1. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | TAK |  |
| 2. | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | | Min. 10 lat |  |
| 3. | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | | TAK,  podać gdzie |  |
| 4. | Wykaz punktów serwisowych. | | TAK,  podać gdzie |  |
| 6. | Deklaracja zgodności CE | | TAK |  |
| 7. | Gwarancja min. 24 miesiące | | TAK,  podać |  |
| Wartość netto : | |  | | |
| Vat % | |  | | |
| Wartość brutto: | |  | | |

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

……………………………………………………………

(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Załącznik nr 1 do ofert**

**Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Część 2 – Leżanka z regulowaną elektrycznie wysokością – 2 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2023 r: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | | **Wartość wymagana** | Wartość oferowana |
| **1** | **2** | | **3** | **4** |
| **PARAMETRY OGÓLNE** | | | | |
|  | Stalowa rama na dwóch kolumnach elektrycznych, pokryta żywicą epoksydową (w jasnym kolorze) | | TAK, opisać |  |
|  | 2-segmentowe leże z materacem o wymiarach:  szer. min. 75 cm x dług. min. 205 cm | |  |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości w zakresie od 45 do 85 cm (± 5 cm) | | TAK, opisać |  |
|  | Elektryczne wspomaganie przechyłów Trendelenburga/Anty-Trendelenburga (± 15°) | | TAK, opisać |  |
|  | Elektryczna regulacja oparcia pleców regulowane | | TAK, opisać |  |
|  | Podstawa stołu wyposażona w osłonę tworzywową | | TAK, opisać |  |
|  | materac o grubości 6,5 cm (± 0,5 cm)wykonany z elastycznej pianki | | TAK, opisać |  |
|  | Pokrowiec PVC powlekany jerseyem, antybakteryjny i trudnopalny (klasa M1 lub równoważna) | | TAK, opisać |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie min. 250 kg | | TAK, opisać |  |
|  | 4 koła jezdne, Ø 125 mm (± 5mm), z systemem indywidualnej blokady | | TAK, opisać |  |
|  | Uchwyt na ręczniki papierowe pod zagłówkiem | | TAK, opisać |  |
|  | Przewodowy pilot (sterownik pacjenta) | | TAK, opisać |  |
|  | Obicie z materiałów skóropodobnych dostępne w min. 5 kolorach | | TAK, opisać |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** | | | | |
| 1. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | TAK |  |
| 2. | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | | Min. 10 lat |  |
| 3. | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | | TAK,  podać gdzie |  |
| 4. | Wykaz punktów serwisowych. | | TAK,  podać gdzie |  |
| 6. | Deklaracja zgodności CE | | TAK |  |
| 7. | Gwarancja min. 24 miesiące | | TAK,  podać |  |
| Wartość netto : | |  | | |
| Vat % | |  | | |
| Wartość brutto: | |  | | |

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

……………………………………………………………

(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Załącznik nr 1 do ofert**

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Część 3 – Fotel transportowy 2 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2023 r: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | | **Wartość wymagana** | Wartość oferowana |
| **1** | **2** | | **3** | **4** |
| **PARAMETRY OGÓLNE** | | | | |
|  | Fotel przeznaczony do przewożenia pacjentów w pozycji siedzącej | | TAK, opisać |  |
|  | Konstrukcja fotela wykonana ze stali lakierowanej proszkowo w kolorze białym. | | TAK, opisać |  |
|  | Wyprofilowane siedzisko oraz oparcie fotela wykonane w formie jednolitego odlewu, zaokrąglone (bez ostrych krawędzi i rogów) ze zmywalnego, wytłoczonego tworzywa sztucznego bez szwów i łączeń, o gładkiej powierzchni łatwej do dezynfekcji. | | TAK, opisać |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie min. 226 kg | | TAK, opisać |  |
|  | Długość całkowita fotela max. 1050 mm | | TAK, opisać |  |
|  | Szerokość całkowita fotela max.750 mm | | TAK, opisać |  |
|  | Wysokość fotela ze stojakiem na kroplówki max. 1870 mm | | TAK, opisać |  |
|  | Szerokość siedziska max. 550 mm | | TAK, opisać |  |
|  | Głębokość siedziska max. 500 mm | | TAK, opisać |  |
|  | Wysokość oparcia pleców min. 520 mm | | TAK, opisać |  |
|  | Długość podłokietników min. 500 mm | | TAK, opisać |  |
|  | Możliwość mycia ciśnieniowego fotela | | TAK, opisać |  |
|  | Wyprofilowane rączki do prowadzenia fotela powlekane materiałem antypoślizgowym umożliwiające personelowi ustawienie łokci pod ergonomicznym kątem 90° podczas transportu niezależnie od wzrostu personelu. | | TAK, opisać |  |
|  | Wózek wyposażony w duże pełne koła tylne o średnicy co najmniej 30 cm zwiększające manewrowość fotela, antystatyczne, bez widocznej metalowej osi obrotu zaopatrzone w całkowite osłony zabezpieczające mechanizm kół przed zanieczyszczeniem oraz koła przednie skrętne o średnicy co najmniej 12 cm | | TAK, opisać |  |
|  | Wózek wyposażony w centralny hamulec nożny. Zamknięta konstrukcja chroni mechanizm hamulca przed wpływem zmiennych czynników zewnętrznych. | | TAK, opisać |  |
|  | Wózek wyposażony w 2 przyciski funkcyjne nożne : hamulec i jazda kierunkowa. | | TAK, opisać |  |
|  | Odchylane i wyprofilowane podłokietniki 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, opisać |  |
|  | Jednokolorowe punkty aktywacyjne wskazujące wszystkie elementy ruchome fotela, ale nieodłączalne znacząco ułatwiające obsługę fotela. | | TAK, opisać |  |
|  | 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, opisać |  |
|  | Kółka przeciwwywrotne wbudowane w ramę fotela zwiększające stabilność i bezpieczeństwo pacjenta i personelu. | | TAK, opisać |  |
|  | Sztywna rama umożliwiająca wsuwanie jednego fotela w drugi zmniejsza ryzyko kradzieży i oszczędza miejsce w placówce. | | TAK, opisać |  |
|  | Uchwyt na kartę montowany za oparciem fotela. Otwarta konstrukcja ułatwia czyszczenie uchwytu. | | TAK, opisać |  |
|  | Uchwyty na worki na mocz montowane bezpośrednio pod siedziskiem | | TAK, opisać |  |
|  | Chromowany stojak na kroplówki montowany na stałe , odporny na rdzewienie, o grubości 2,5 cm., nieskładany. Załączona okrągła końcówka stojaka z min. 5 haczykami. Końcówka z haczykami dostępna w min. 6 kolorach umożliwiających identyfikacje na oddziałach. | | TAK, opisać |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** | | | | |
| 1. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | TAK |  |
| 2. | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | | Min. 10 lat |  |
| 3. | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | | TAK,  podać gdzie |  |
| 4. | Wykaz punktów serwisowych. | | TAK,  podać gdzie |  |
| 6. | Deklaracja zgodności CE | | TAK |  |
| 7. | Gwarancja min. 24 miesiące | | TAK,  podać |  |
| Wartość netto : | |  | | |
| Vat % | |  | | |
| Wartość brutto: | |  | | |

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

……………………………………………………………

(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Załącznik nr 4 do ofert**

**Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Część 4 – Przenośny system pętli indukcyjnej – 2 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2023 r: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | | **Wartość wymagana** | Wartość oferowana |
| **1** | **2** | | **3** | **4** |
| **PARAMETRY OGÓLNE** | | | | |
|  | Wbudowana pętla działająca do 2 metrów od urządzenia | | TAK, opisać |  |
|  | Prosta w obsłudze i szybko osiąga gotowość do użytku | | TAK, opisać |  |
|  | 2 wejścia typu *jack* 3,5 mm | | TAK, opisać |  |
|  | Wymiary gabaryty 37x26x16,5 cm, waga 1990g | | TAK, opisać |  |
|  | Filtr L, N, H | | TAK, opisać |  |
|  | Regulacja wzmocnienia | | TAK, opisać |  |
|  | Regulacja tonów | | TAK, opisać |  |
|  | Zgodny z najnowszymi normami: EN60118-4 (lub równoważną) | | TAK, opisać |  |
|  | Urządzenie z wbudowanym mikrofonem, | | TAK, opisać |  |
|  | Zasilacz 12vDC | | TAK, opisać |  |
|  | Zestaw nalepek z piktogramami do oznaczenia stanowiska | |  |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** | | | | |
| 1. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | TAK |  |
| 2. | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | | Min. 2 lat |  |
| 3. | Wykaz punktów serwisowych. | | TAK,  podać gdzie |  |
| 4. | Deklaracja zgodności CE | | TAK |  |
| 5. | Gwarancja min. 24 miesiące | | TAK,  podać |  |
| Wartość netto : | |  | | |
| Vat % | |  | | |
| Wartość brutto: | |  | | |

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

……………………………………………………………

(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)