**Formularz ofertowy**

**Część I - Fotel do chemioterapii-6 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2024 r: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Wymagany parametr urządzenia |  | Oferowany parametr |
| 1 | Urządzenie nowe | TAK, podać |  |
| 2 | Fotel 3-segmentowy. Segment siedziska i oparcia nóg wykonany w jednej płaszczyźnie | TAK, podać |  |
| 3 | Fotel umożliwiający uzyskanie min pozycji siedzącej i leżącej, przeznaczony do przeprowadzania badań, podawania leków i poboru krwi z elektryczną regulacją wysokości, nachylenia segmentu pleców, nachylenia segmentu siedziska, nachylenia segmentu nożnego, pozycjiTrendelenburga | TAK, podać |  |
|  | Podstawa fotela wykonana ze stali malowanej farba proszkową | TAK, podać  |  |
| 4 | Długość x szerokość całkowita siedziska nie mniejsza niż 2100x600mm | TAK, podać |  |
| 5 | Całkowita szerokość fotela wraz z podłokietnikami: mak. 850 mm | TAK, podać |  |
| 6 | Regulacja nachylenia segmentu oparcia pleców w zakresie nie mniejszym niż +80° do –13° za pomocą sprężyn gazowych | TAK, podać |  |
| 7 | Regulacja kąta nachylenia segmentu siedziska w zakresie nie mniejszym niż od 0° do + 20° za pomocą sprężyn gazowych | TAK, podać |  |
| 8 | Regulacja segmentu podudzia w zakresie nie mniejszym niż: – 30° do + 20°. | TAK, podać  |  |
| 9 | Regulacja wysokości fotela w zakresie nie mniejszym niż 55-75 cm. Za pomocą pilota | TAK, podać  |  |
| 10 | Ustawienie pozycji fotelowej i siedzącej dokonywana jednym (dla każdej z pozycji) wyraźnie oznakowanym przyciskiem. | TAK, podać  |  |
| 11 | Przechył Trendelenburga: minimum -13° dokonywany jednym wyraźnie oznakowanym przyciskiem | TAK, podać |  |
| 12 | Funkcje wymienione w pkt .: od 6 do 11 uzyskiwane za pomocą siłowników elektrycznych sterowanych pilotem ręcznym | TAK, podać |  |
| 13 | Konstrukcja fotela oparta wyłącznie na metalowych elementach – malowanych proszkowo. | TAK, podać |  |
| 14 | Waga fotela mak. 80 kg | TAK, podać |  |
| 15 | Maksymalne obciążenie min. 200 kg | TAK, podać |  |
| 16 | Fotel przejezdny, 4 koła o średnicy min. 10 cm z możliwością blokady | TAK, podać |  |
| 17 | Centralna blokada wszystkich kół. Dźwignie usytuowane z przodu fotela, po stronie stóp pacjenta | TAK, podać |  |
| 18 | Segment podudzia wyposażony w tapicerowane oparcie stóp o regulowanym wysuwie | TAK, podać |  |
| 19 | Poszycie fotela wykonane w dwóch kolorach do wyboru z gamy min. 30 kolorów | TAK, podać |  |
| 20 | Fotel wyposażony w dwa podłokietniki z regulowaną wysokością oraz kątem ustawienia oraz szerokością rozstawu | TAK, podać |  |
| 21 | Podłokietniki posiadające możliwość odchylenia min do wysokości oparcia pleców dla łatwego zajęcia miejsca przez pacjenta w fotelu | TAK, podać |  |
| 22 | Podłokietniki profilowane dla łatwiejszego umiejscowienia ręki w rozmiarze nie mniejszym niż570x170mm. | TAK, podać |  |
| 23 | Tapicerka zmywalna wykonana z tworzywa odpornego na środki dezynfekcyjne skóropodobnego ( min. 5 kolorów do wyboru) | TAK, podać |  |
| 24 | Powierzchnia fotela łatwe do czyszczenia i dezynfekcji. | TAK, podać |  |
| 25 | Możliwość łatwego demontażu tapicerki (materaca) bez użycia narzędzi w celu czyszczenia i dezynfekcji. | TAK, podać |  |
| 26 | Fotel wyposażony w zagłówek umożliwiający pacjentowi swobodne przesuwanie góra dół bez pomocy personelu medycznego | TAK, podać |  |
| 27 | Segment oparcia nóg oraz podnóżek dodatkowo wyposażone w transparentny pokrowiec z tworzywa. Regulowany za pomocą sprężyn gazowych.  | TAK, podać |  |
| 29 | Wodoodporność silników fotela zgodna z normą min. IPX4 lub równoważną  | TAK, podać |  |

|  |
| --- |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
| 1. | Okres gwarancji | Tak, min.24 m-ce |  |
| 2. | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie) | Min. 1 rocznie |  |
| 3. | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 4. | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
| 5. | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 6. | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 7. | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 8. | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 9. | Deklaracja zgodności CE | Tak, |  |
| 10. | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak, |  |
| 11. | Okres gwarancji | Tak, min.24 m-ce |  |

|  |
| --- |
| **WARTOŚĆ**  |
| ***KWOTA NETTO*** |  |
| ***VAT %*** |  |
| ***KWOTA 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).

 /podpisano elektronicznie/\*\*

***\*\* UWAGA: należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym osoby uprawnionej do zaciągania zobowiązań w imieniu Wykonawcy.***

**Formularz ofertowy**

**Część II - Fotel rozkładany dla rodzin pacjenta-2szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2024 r: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Wymagany parametr urządzenia |  | Oferowany parametr |
| 1 | Urządzenie nowe | TAK, podać |  |
| 2 | Dwa koła ułatwiające przesuwanie | TAK, podać |  |
| 3 | Łatwe składanie I rozkładanie | TAK, podać |  |
| 4 | Odporny materiał, łatwy do utrzymania w czystości  | TAK, podać |  |
| 5 | Wyposażony w wyprofilowane drewniane podłokietniki | TAK, podać |  |
| 6 | Konstrukcja fotela ze stali malowanej proszkowo | TAK, podać |  |
| 7 | Oparcie i siedzisko wypełnione gąbka, obito skórą eco | TAK, podać |  |
| 8 | Długość rozłożenia łóżka max. 210 | TAK, podać  |  |
| 9 | Długość złożonego łóżka max. 100 cm. | TAK, podać  |  |
| 10 | Szerokość max. 85 cm. | TAK, podać  |  |
| 11 | Maksymalne obciążenie max. 120 kg | TAK, podać |  |
| 12 | Możliwość wyboru koloru tapicerki co najmniej 3 kolory | TAK, podać |  |

|  |
| --- |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
| 1. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 2. | Gwarancja min.24 miesiące | Tak , podać ile |  |
| 3. | Deklaracja zgodności CE | Tak, |  |

|  |
| --- |
| **WARTOŚĆ**  |
| ***KWOTA NETTO*** |  |
| ***VAT %*** |  |
| ***KWOTA 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).

 /podpisano elektronicznie/\*\*

***\*\* UWAGA: należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym osoby uprawnionej do zaciągania zobowiązań w imieniu Wykonawcy.***