**Załącznik nr 1 do wniosku nr DZI-08/2025**

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

**OFERTA/PARAMETRY TECHNICZNE**

**Część 1- Wózek transportowy – 1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2025 r: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | Wartość oferowana |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **PARAMETRY OGÓLNE** |
|  | Fotel do przewożenia pacjentów w pozycji siedzącej | TAK, opisać  |  |
|  | Konstrukcja fotela wykonana ze stali lakierowanej proszkowo  | 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  | 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 kątem 90° niezależnie od wzrostu personelu. | TAK, opisać  |  |
|  | Wózek wyposażony w pełne koła tylne o średnicy co najmniej 30 cm, antystatyczne oraz koła przednie skrętne o średnicy co najmniej 12 cm | TAK, opisać  |  |
|  | Wózek wyposażony w centralny hamulec nożny o konstrukcji zamkniętej  | TAK, opisać  |  |
|  | Wózek wyposażony w 2 przyciski funkcyjne nożne: hamulec i jazda kierunkowa. | TAK, opisać  |  |
|  | Wyprofilowane podłokietniki odchylane poza oparcie pleców. | TAK, opisać  |  |
|  | Automatycznie składane podnóżki z funkcją odwodzenia na boki, powlekane materiałem antypoślizgowym.  | TAK, opisać  |  |
|  | Podpórki na łydki |  |  |
|  | Kółka przeciwwywrotne wbudowane w ramę fotela. | TAK, opisać  |  |
|  | Sztywna rama umożliwiająca wsuwanie jednego fotela w drugi. | TAK, opisać  |  |
|  | Uchwyt na kartę montowany za oparciem fotela.  | TAK, opisać  |  |
|  | Uchwyty na worki na mocz | TAK, opisać  |  |
|  | Chromowany stojak na kroplówki montowany na stałe, nieskładany. Załączona okrągła końcówka stojaka z min. 5 haczykami.  | TAK, opisać  |  |
|  | Uchwyt na butle w tlenowa |  |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
| 1. | Okres gwarancji | Tak, 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 |  |
| 6. | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 7. | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 8. | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 9. | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 10. | Deklaracja zgodności CE | Tak, |  |
| 11. | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak, |  |
| 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 wniosku nr DZI-08/2025**

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

**OFERTA/PARAMETRY TECHNICZNE**

**Część 2 Holter EKG – 2 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2025 rok | Tak, podać |  |
| 2. | Zapis 2 i 3 kanałowy – 24 godziny | Tak, podać |  |
| 3. | Rejestracja z 3 kanałów ekg z 3 odprowadzeń | Tak, opisać |  |
| 4. | Zapis min. 24 godziny | Tak, opisać |  |
| 5. | Detekcja stymulatorów serca | Tak, opisać |  |
| 6. | Wbudowana dioda sygnalizacyjna | Tak, opisać |  |
| 7. | Wbudowany interfejs USB 2.0 | Tak, opisać |  |
| 8. | Wbudowana nieulotna pamięć flash | Tak, opisać |  |
| 9. | Komunikacja poprzez Bluetooth | Tak, opisać |  |
| 10. | Podgląd zapisu EKG bezpośrednio na ekranie komputera | Tak, opisać |  |
| 11. | Zasilanie z jednej baterii AAA lub AA | Tak, opisać |  |
| 12. | Waga rejestratora max. 55 gram | Tak, opisać |  |
| 13. | Rozdzielczość zapisu 12bit | Tak, opisać |  |
| 14. | Rejestrator w standardzie IP43 | Tak, opisać |  |
| 15. | Rejestrator kompatybilny z posiadanym przez Szpital systemem analizy (CrdioDay) | Tak, opisać |  |
|  | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 16. | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 17. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 18. | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 19. | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
| 20. | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 21. | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 22. | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 23. | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 24. | Deklaracja zgodności CE | Tak, |  |
| 25. | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 26. | Wartość netto |  |  |
| 27. | VAT |  |  |
| 28. | 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)