**Formularz ofertowy**

**Krzesło transportowe z napędem do karetki – szt. 1**

|  |  |
| --- | --- |
| 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** |
|  |
|  |
| 1 | Krzesełko – schodołaz fabrycznie nowe, nieużywane | TAK, opisać  |  |
| 2 | Wykonanie z materiału odpornego na korozję lub z materiału zabezpieczonego przed korozją | TAK, opisać  |  |
| 3 | Wyposażone w fabrycznie zainstalowany system płozowy, napęd elektryczny służący do transportu pacjenta po schodach w górę i w dół | TAK, opisać  |  |
| 4 | Wyposażone w gładkie gąsienice  | TAK, opisać  |  |
| 5 | Zasilanie wszystkich funkcji krzesełka z jednego akumulatora (panel sterowania, oświetlenie, ruch gąsienic). Zamawiający nie dopuszcza rozwiązań wymagających zastosowania dodatkowych baterii lub akumulatorów  | TAK, opisać  |  |
| 6 | Podświetlany panel informacyjny i wszystkie przyciski sterowania: uruchomienie, kierunek ruchu (wjazd/zjazd), wybór prędkości poruszania i włączania jazdy | TAK, opisać  |  |
| 7 | Wyposażone w oparcie i siedzisko, o wysokiej odporności na ścieranie, pęknięcia, odporne na bakterie, grzyby, zmywanie i umożliwiające dezynfekcję | TAK, opisać  |  |
| 8 | Szerokość siedziska min. 49 cm | TAK, opisać  |  |
| 9 | Minimum trzy pasy służące do zapinania pacjenta szybko demontowane bez użycia narzędzi | TAK, opisać  |  |
| 10 | Wysuwane i blokowane uchwyty przednie | TAK, opisać  |  |
| 11 | Uchylne i blokowane rączki tylne | TAK, opisać  |  |
| 12 | Dwa obrotowe kierunkowe koła przednie w zakresie 360º | TAK, opisać  |  |
| 13 | Średnica kół przednich min. 120 mm | TAK, opisać  |  |
| 14 | Koła tylne o średnicy min. 200 mm wyposażone w hamulce | TAK, opisać  |  |
| 15 | Podnóżek na stopy pacjenta zintegrowany plus dodatkowy rozkładany dla pacjentów o znacznym wzroście | TAK, opisać  |  |
| 16 | Stabilizator głowy pacjenta | TAK, opisać  |  |
| 17 | Wbudowane fabrycznie oświetlenie otoczenia po stronie zagłówka i podnóżka  | TAK, opisać  |  |
| 18 | Możliwość złożenia do transportu w ambulansie | TAK, opisać  |  |
| 19 | Maksymalne rozmiary po złożeniu 96x52x21 cm ( +/- 2cm) | TAK, opisać  |  |
| 20 | System zasilany akumulatorowo, który przesuwa ciężar min. 225 kg po schodach w górę i w dół. | TAK, opisać  |  |
| 21 | Wyposażone w mechanizm pozwalający na bezpieczne sprowadzenie pacjenta po schodach np. w sytuacji awaryjnej (przy braku zasilania)  | TAK, opisać  |  |
| 22 | Stopień ochrony min. IPX6 umożliwiający mycie krzesełka gorącą wodą o temperaturze min. 80°C pod ciśnieniem | TAK, opisać  |  |
| 23 | System zabezpieczeń pacjenta (PCS) | TAK, opisać |  |
| 24 | Waga krzesełka max. 25 kg | TAK, opisać  |  |
| 25 | W zestawie ładowarka zewnętrzna akumulatora zasilana z instalacji ambulansu 12V i 230V wraz z dodatkowym akumulatorem. | TAK, opisać  |  |
| 26 | Akumulator wyposażony we wskaźnik cyfrowy lub segmentowy poziomu naładowania | TAK, opisać  |  |
| 27 | Możliwość szybkiej, bezpiecznej wymiany akumulatora w krzesełku bez konieczności używania narzędzi, potrzeby rozpinania przewodów, demontowania elementów krzesełka | TAK, opisać  |  |
| 28 | Deklaracja zgodności UE MDR zgodna z dyrektywą 2017/745 | TAK, opisać  |  |
| 29 | Numer identyfikacyjny UDI | TAK, opisać  |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
| 1. | Okres gwarancji | Tak, min.24 m-ce |  |
| 2. | Przeglądy sprzętu 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).

 /podpisano elektronicznie/\*\*

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