**Zaktualizowany załącznik nr 1.13 do SIWZ**

**Stół rehabilitacyjny - 3 szt.**

**Producent:………………….**

**Typ/model:………………………………………**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. |  Opis parametrów  | Wymagania graniczne | Potwierdzenie spełnienia parametru wymaganego w zakresie przedmiotu zamówienia oferowanego przez Wykonawcę (**należy wskazać TAK/NIE) Wypełnia Wykonawca** |
| 1 | Stół rehabilitacyjny z elektryczną regulacją wysokości  | TAK |  |
| 2 | Leżysko trzyczęściowe (część podnóżka, część środkowa oraz część zagłówka z dwoma podłokietnikami) | TAK |  |
| 3 | Część środkowa łamana za pomocą korbki | TAK |  |
| 4 | Zagłówek z otworem na twarz regulowany za pomocą sprężyny gazowej, z opuszczanymi podłokietnikami | TAK |  |
| 5 | Kółka | TAK |  |
| 6 | Sterowanie wysokością za pomocą ramy | TAK |  |
| 7 | Zakres regulacji wysokości minimum 50-95 cm | TAK |  |
| 8 | Dopuszczalne obciążenie 200 kg lub więcej | TAK |  |
| 9 | Długość leżyska co najmniej 195 cm | TAK |  |
| 10 | Szerokość leżyska co najmniej 67 cm | TAK |  |
| 11 | Wyrób medyczny | TAK |  |

Podpis Wykonawcy: .....................................