**PAKIET 26**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW TECHNICZNYCH**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: | **WÓZEK DO PRZEWOŻENIA PACJENTA W POZYCJI SIEDZĄCEJ - 3 szt.** |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE** | **WYMAGANIA TAK/ NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | Konstrukcja fotela wykonana **ze stali węglowej lakierowanej proszkowo w kolorze białym.** | TAK |  |
|  | **Wyprofilowane siedzisko i oparcie fotela** wykonane z **wytłaczanego**, **zmywalnego tworzywa sztucznego bez szwów i łączeń, o gładkiej powierzchni łatwej do dezynfekcji**. | TAK |  |
|  | **Dopuszczalne obciążenie min. 215 kg** | TAK |  |
|  | Długość całkowita fotela 1020 mm (+/- 10%) | TAK |  |
|  | Szerokość całkowita fotela min. 700 mm | TAK |  |
|  | Wysokość fotela bez stojaka na kroplówki min. 1100 mm | TAK |  |
|  | Wysokość fotela ze stojakiem na kroplówki min. 1850 mm | TAK |  |
|  | Szerokość siedziska min. 545 mm | TAK |  |
|  | Głębokość siedziska min. 480 mm | TAK |  |
|  | Wysokość siedziska od podłoża: 53 cm, od podnóżków: 38 cm ( +/- 10%) | TAK |  |
|  | Wysokość oparcia pleców min. 530 mm | TAK |  |
|  | Długość podłokietników min. 510 mm | TAK |  |
|  | **Możliwość mycia ciśnieniowego fotela** | TAK |  |
|  | **Wyprofilowane rączki do prowadzenia fotela** powlekane materiałem antypoślizgowym umożliwiające personelowi ustawienie łokci pod ergonomicznym kątem 90° podczas transportu niezależnie od wzrostu personelu. | TAK |  |
|  | Wózek wyposażony w **duże pełne** **koła tylne o średnicy co najmniej 30 cm zwiększające manewrowość fotela,** antystatyczne, bez widocznej metalowej osi obrotu zaopatrzone w osłony zabezpieczające mechanizm kół przed zanieczyszczeniem oraz **koła przednie skrętne o średnicy co najmniej 12 cm** | TAK |  |
|  | **Wózek wyposażony w centralny hamulec nożny uruchamiany jednym dotknięciem stopy.** Zamknięta konstrukcja chroni mechanizm hamulca przed wpływem zmiennych czynników zewnętrznych. | TAK |  |
|  | **Wózek wyposażony w 2 przyciski funkcyjne nożne tylne : hamulec i jazda kierunkowa.** | TAK |  |
|  | **Odchylane podłokietniki** o unikalnej konstrukcji 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 |  |
|  | **Żółte punkty aktywacyjne** **wskazują wszystkie elementy ruchome** fotela, ale nieodłączalne. | TAK |  |
|  | **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 |  |
|  | **Kółka przeciwwywrotne** wbudowane w ramę fotela zwiększające stabilność i bezpieczeństwo pacjenta i personelu. | TAK |  |
|  | **Sztywna rama** umożliwiająca **wsuwanie jednego fotela w drugi** zmniejsza ryzyko kradzieży i oszczędza miejsce w placówce. | TAK |  |
|  | **Uchwyt na kartę** montowany za oparciem fotela. Otwarta konstrukcja ułatwia czyszczenie uchwytu. | TAK |  |
|  | **Uchwyty na worki na mocz** montowane pod siedziskiem | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **POZOSTAŁE WYMOGI ;** | | | |
|  | Czas reakcji od przyjęcia zgłoszenia – podjęta naprawa nie dłużej jak: - 24 h (dni pracujące) dla zgłoszenia w czasie trwania gwarancji; - 48 h (dni pracujące) dla zgłoszenia pogwarancyjnego. | TAK |  |
|  | Szkolenie z obsługi aparatu/urządzenia w, tym sposobu mycia i dezynfekcji, dla personelu medycznego oraz technicznego wskazanego przez Zamawiającego (wliczone w cenę w ramach umowy), ilość osób do przeszkolenia określa Zamawiający | TAK |  |
|  | Dostępność części zamiennych po okresie gwarancji oraz serwisu pogwarancyjnego min. 8 lat | TAK |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie w wyznaczonym przez Zamawiającego miejscu funkcjonowania urządzenia i w obecności osoby/osób wyznaczonych przez Zamawiającego | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Wymagany wypełniony paszport techniczny | TAK |  |
|  | Instrukcje obsługi, w tym sposobu mycia i dezynfekcji, w języku polskim | TAK |  |
|  | Dane teleadresowe i kontaktowe do najbliższych dla siedziby Zamawiającego autoryzowanych punktów serwisowych na terenie Polski | TAK |  |
|  | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu. Potwierdzenia w ten sposób wymagają również wszystkie wymagane opcje oraz możliwości rozbudowy sprzętu. | TAK |  |
|  | Na żądanie Zamawiającego ( wezwanie ) na każdym etapie postępowania Oferent wyraża zgodę na dostarczenie próbek i ich prezentację w szpitalu w zakresie wszystkich oferowanych wyrobów. ( każdej pozycji z powyższego zestawienia) | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Wszystkie oferowane w ramach zestawu produkty pochodzą od jednego producenta tworząc w pełni kompatybilny zestaw | TAK |  |
|  | Okres gwarancji min.36 m-cy ; obejmuje wszystkie elementy wielorazowego użytku wchodzące w skład zestawu. | TAK |  |

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – nie spełnienie w/w parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

…………………………………. ............................................

data podpis