

Część nr 1

Opis parametrów technicznych fotela do chemioterapii			
<p>Pełna nazwa</p> <p>Rok produkcji - typ kraj</p> <p>Producent/firma -</p>			
<p>Zapis w kolumnie 3 „TAK” należy traktować jako wymóg graniczny, którego niespełnienie będzie skutkowało odrzuceniem oferty, jako niezgodnej ze SIWZ (art. 89 ust. 1 pkt 2 Ustawy Prawo Zamówień Publicznych). Wymogiem granicznym w kolumnie 3 jest również podana wartość, która określa wymagany dopuszczalny zakres danego parametru. Niespełnienie tego warunku również będzie miało skutek jak wyżej.</p>			
LP.	Opis parametru	Wartość graniczna/ wymagana	Oferowany parametr należy szczegółowo opisać
1	2	3	4
1.	Fotel fabrycznie nowy	TAK	
2.	Rok produkcji z roku dostawy	TAK	
3.	Konstrukcja 3 segmentowa , stalowa, malowana proszkowo. Sterowanie elektryczne. Centralna blokada kół uruchamiana dźwignią nożną.	TAK	
4.	Fotel przeznaczony do przeprowadzania chemioterapii z elektryczną regulacją wysokości, nachylenia segmentu pleców, nachylenia segmentu siedziska, nachylenia segmentu nożnego, nachylenia Trendelenburga.	TAK	
5.	Długość leża: 2100 mm (± 30 mm) Szerokość leża 600 mm (± 30 mm)	TAK	
6.	Przewodowy pilot służący do regulacji: <ul style="list-style-type: none"> • Wysokości, • Kąt nachylenia segmentu pleców, • Kąt nachylenia siedziska, • Kąt nachylenia segmentu nóg, • Funkcja antyszokowa/Trendelenburga uzyskiwana za pomocą jednego przycisku odróżniającego się kolorystycznie od pozostałych • Pozycja fotelowa uzyskiwana za pomocą jednego przycisku odróżniającego się kolorystycznie od pozostałych. 	TAK	
7.	Regulacja wysokości siedziska w zakresie: 500 mm (± 20 mm) do 750 mm (± 20 mm) uzyskiwana za pomocą siłownika elektrycznego sterowanego pilotem ręcznym	TAK	
8.	Regulacja nachylenia oparcia pleców w zakresie: – 15 ° (± 5 °) do + 70 ° (± 5 °) uzyskiwana za pomocą siłownika elektrycznego sterowanego pilotem ręcznym	TAK	
9.	Regulacja segmentu siedziska w zakresie: 0d 0 ° do + 30 ° (± 5 °) uzyskiwana za pomocą siłownika elektrycznego sterowanego	TAK	

	pilotem ręcznym		
10.	Regulacja segmentu nożnego w zakresie: $-50^{\circ} (\pm 5^{\circ})$ do 0° uzyskiwana za pomocą siłownika elektrycznego sterowanego pilotem ręcznym	TAK	
11.	Regulacja przechyłu Trendelenburga dokonywana jednym wyraźnie oznakowanym przyciskiem (np. kolorem czerwonym) : $17^{\circ} (\pm 5^{\circ})$ uzyskiwana za pomocą siłowników elektrycznych sterowanych pilotem ręcznym	TAK	
12.	Fotel przejezdny, koła z systemem hamowania. Podwójne koła tworzywowe o średnicy min. 100mm	TAK	
13.	Tapicerka o powierzchni gładkiej beższwowej, bez fałd i szczelin, odporna na środki dezynfekcyjne. Możliwość wyboru koloru. Segment nożny i siedziska tapicerowany jednoczęściowym pokryciem.	TAK	
14.	Fotel wyposażony w dwa podłokietniki zdejmowane z regulacją kąta nachylenia za pomocą sprężyn gazowych oraz kąta odchylenia w stosunku do fotela.	TAK	
15.	Konstrukcja fotela kolumnowa umożliwiająca skuteczną dezynfekcję i zapobieganie zakażeniom szpitalnym, Tylne części segmentu osłonięta tworzywową pokrywą o gładkich powierzchniach.	TAK	
16.	Możliwość ułożenia pacjenta w pozycji horyzontalnej – wykorzystanie fotela jako łóżko do krótkiego pobytu	TAK	
17.	Wyposażenie: <ul style="list-style-type: none"> • Podglówek z regulacją wysokości i położenia na fotelu, • Uchwyt do prowadzenia fotela w postaci pojedynczej metalowej, lakierowanej rury, zlokalizowany przy segmencie pleców, • Segment nóg wyposażony w podnózek z regulacją jego położenia w zależności od wzrostu pacjenta – blokada podnóżka zwalniana dźwignią przy siedzisku przez pacjenta i/lub personel. Regulacja wspomagana sprężyną gazową. • Podłokietniki posiadające metalowe uchwyty na pilot przewodowy, 	TAK	

Niniejszym oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu, do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.

Niniejszym oświadczamy, że skonfigurowany wg powyższej specyfikacji sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęć i podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania Wykonawcy)