

Parametry techniczne: wózki do przewożenia pacjentów w poz. siedzącej- 10 szt.

PAKIET NR 1, poz. 3

Nazwa producenta:

Nazwa i typ:

L.p.	PARAMETR / WARUNEK WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY – PODAĆ
1.	Ręczny wózek inwalidzki, do przewożenia pacjentów w poz. Siedzącej, nowy, niepowystawowy, rok produkcji- nie starszy niż 2023	
2.	Maksymalna waga użytkownika min.200 kg	
3.	Wykonany z lekkiego, wytrzymałego aluminium,	
4.	Konstrukcja oparta na podwójnym krzyżaku,	
5.	Anatomiczne siedzenie oraz oparcie,	
6.	Wyposażony w podnóżki jednopłytowe, ściągane,	
7.	Tapicerka pojazdu jest anatomiczna	
8.	Podłokietniki są wyciągane i odchylane za oparcie,	
9.	Tylne koła są dodatkowo wzmacniane, specjalnie do przewożenia cięższych pacjentów.	
10.	Podnóżki standardowe z jedna płytą.	
11.	Oś koła tylnego umieszczone na szybkozłączce.*	
12.	Koła przednie min. 200 x 50 pełne, tylne co najmniej 24” pompowane	
13.	Kompatybilny z wózkiem zagłówek ortopedyczny regulowany w co najmniej dwóch płaszczyznach. Zagłówek mocowany do belki wózka inwalidzkiego.	
14.	Obicie wózka skaj	
15.	Oparcie anatomiczne wykonane ze skaju zintegrowane z drewnianą płytą.	
16.	Siedzisko ortopedyczne na podstawie drewnianej.	
17.	Pas brzuszny z kłamrą.	
18.	Kółko przeciw wywrotne (para)	
19.	Rozmiar siedziska: 5 szt. – 70 cm, 5 szt. 75 cm	
20.	Długość wózka max. 114 cm	
21.	Szerokość całkowita wózka przy szerokości siedziska 70 cm: max. 95 cm, 75 cm: max. 100 cm	
22.	Wysokość max. od siedziska do podłokietników 20 cm	
23.	Waga max. użytkownika 200 kg	
24.	Deklaracja zgodności CE wydana przez producenta	

25.	Instrukcja obsługi i konserwacji	
26.	Wpis lub zgłoszenie do RWM w Polsce – stosowny dokument	
27.	Gwarancja min. 24 miesiące	<i>podać</i>
28.	Firmowe materiały informacyjne producenta lub autoryzowanego dystrybutora w języku polskim potwierdzające spełnienie wymaganych parametrów oferowanego wyrobu	
29.	Zapewnienie producenta lub autoryzowanego dystrybutora o dostępności części zamiennych przez okres minimum 10 lat – informację dołączyć do oferty	
30.	Zapewnienie producenta lub autoryzowanego dystrybutora o zapewnieniu serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego	

UWAGA:

1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty. Parametry muszą być potwierdzone folderami lub karatami katalogowymi oferowanego wyrobu.
2. Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.
3. Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

Modyfikacje:

- **Poz. 11: Zamawiający dopuszcza zaoferowanie wózka z kołami, które są mocowane za pomocą śruby**

Dokument elektroniczny, podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym