#### PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

**I . OKREŚLENIE PRZEDMIOTU PRZETARGU**

###### Fotel operacyjny do zastosowań laryngologicznych- 1 szt.

**----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**II . Część do wypełnienia przez przystępującego do przetargu:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | Nazwa urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **2** | Typ urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **3** | Producent |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **4** | Rok produkcji nie wcześniej niż 2024. Urządzenie/a fabrycznie nowe. | Rok produkcji:  Urządzenie/a fabrycznie nowe ( Tak/Nie – wpisać ): | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **5** | Kraj pochodzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |

**6. Warunki gwarancji i serwisu wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | | **WARTOŚĆ OFEROWANA**  **( podać, opisać )** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. | *TAK (wpisać pełne dane kontaktowe adres i techniczne środki łączności, nr tel., faxu, e-mail. )* | |  |
| 2 | Długość udzielanej gwarancji nie mniej niż **24 miesiące** (*podać ilość miesięcy*). Przeglądy techniczne urządzenia w zakresie i z częstością zalecaną przez producenta w czasie trwania gwarancji. | *.* TAK  ( wpisać ) | |  |
|  |  |  |  | *Wpisać* |

**7.Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **Parametry graniczne** | Parametry oferowane  ( podać, opisać ).  - Należy szczegółowo opisać każdy oferowany parametr urządzenia/sprzętu.  - Dopuszcza się wpisanie słowa - TAK jeżeli oferowany parametr jest zgodny z minimalnym wymogiem granicznym.  ***( UWAGA: Jeżeli wykonawca w sposób jednoznaczny nie określi parametru według w/w zasad, Zamawiający będzie wymagał jednoznacznego potwierdzenia/udowodnienia oferowanego parametru )*** |
|  | **Wymagania ogólne** |  |  |
|  | Podłokietniki regulowane w trzech płaszczyznach. | TAK |  |
|  | Stabilne mocowanie pozycji podłokietnika. | TAK |  |
|  | Regulacja wysokości w zakresie co najmniej 590-790 mm. | TAK |  |
|  | Hamulec centralny uruchamiany stopą. | TAK |  |
|  | Regulowane oparcie ze wsparciem lordozy. | TAK |  |
|  | Kształt siedziska z regulowanym kątem siedziska. | TAK |  |
|  | Komfortowe podwozie z antystatycznymi kołami. | TAK |  |
|  | Pięć kółek z poliuretanu na łożyskach kulkowych. | TAK |  |
|  | Nachylenie oparcia regulowane w zakresie co najmniej od + 60 do -160. | TAK |  |
|  | Zakres pochylenia poduszki oparcia co najmniej 250. | TAK |  |
|  | Regulacja wysokości oparcia co najmniej 100 mm. | TAK |  |
|  | Regulacja nachylenia siedziska w zakresie co najmniej od + 50/ do -80. | TAK |  |
|  | Wymiary siedziska (szer. X wys. X gł.) 460 x 60 x 420 mm (+/-5%). | TAK |  |
|  | Waga nie większa niż 25,0 kg. | TAK |  |
|  | Fotel przeznaczony dla pacjenta o maksymalnej wadze 120 kg lub więcej | TAK  Proszę o jednoznaczne podanie maksymalnej wagi pacjenta | Maksymalna waga  pacjenta………………kg |
| **Wymagania dodatkowe** | |  |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi i aplikacji medycznych niezbędnych do eksploatacji urządzenia (minimum 5 osób). | TAK |  |
|  | Szkolenie personelu technicznego zamawiającego - Szkolenie obejmujące co najmniej 2 osoby. | TAK |  |

**UWAGA:**

Dla uznania oferty za ważną Wykonawca winien zaoferować sprzęt spełniający wszystkie wymagane parametry graniczne.

W tabeli pod pkt. 7 należy opisać, wpisać, podać oferowany parametr.

Wypełniony i podpisany załącznik nr 1 należy załączyć do oferty.

Oświadczenie Wykonawcy:

Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie po dostarczeniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.

**Wypełniony i podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym załącznik nr 1 należy załączyć do oferty**

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