**ZAŁĄCZNIK Nr 9.1 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych**

**Fotel do pobierania krwi – 3 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. 1. | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Fotele fabrycznie nowe | Rok produkcji: min. 2023 |  |
|  | Stabilna konstrukcja zapewniająca bezpieczne wykonywanie z zabiegów | TAK |  |
|  | Mebel medyczny odpowiedni do wykonywania różnych czynności medycznych tzn. pobranie krwi, do iniekcji i szczepień oraz do pobierania wymazów | TAK |  |
|  | Obustronne podłokietniki obrotowe z regulacją wysokości 14-27 cm | TAK, podać |  |
|  | Kąt nachylenia podłokietników - 7° | TAK |  |
|  | Zakres obrotu podłokietników w płaszczyźnie poziomej 45-90° | TAK |  |
|  | Tapicerowane siedzisko usytuowane na wysokości 50 cm od podłoża | TAK |  |
| 9. | Tapicerowane oparcie pleców | TAK |  |
| 10. | Tapicerowany i profilowany podgłówek | TAK |  |
| 11. | Tapicerowane podłokietniki z regulacją wysokości i obrotem | TAK |  |
| 12. | Tapicerka dostępna w wielu kolorach, zmywalna i poddająca się dezynfekcji | TAK |  |
| 13. | Elastyczna pianka PU wypełniająca elementy tapicerowane | TAK |  |
| 14. | Zaokrąglone narożniki elementów tapicerowanych | TAK |  |
| 15. | Max obciążenie do 120 kg | TAK |  |
| 16. | Szerokość całkowita 800 +/- 10 mm | TAK, podać |  |
| 17. | Całkowita długość 780 +/- 10 mm | TAK, podać |  |
| 18. | Szerokość podstawy 655 mm +/- 10 mm | TAK, podać |  |
| 19. | Całkowita wysokość max 1280 mm +/- 10 mm | TAK, podać |  |
| 20. | Zakres regulacji pleców minimum 0-30° | TAK |  |
| 21. | Kolor tapicerki fotela granatowy, ew. do uzgodnienia z Zamawiającym | TAK |  |
| 22. | Bezpłatne szkolenie personelu w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia przeprowadzone w miejscu instalacji urządzenia. | TAK |  |
| 23. | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. ( t. j. Dz. U. 2022 poz. 974) - dostarczyć wraz z dostawą foteli | TAK |  |
| 24. | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |
| 25. | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 26. | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas przedmiot umowy jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• zobowiązujemy się do dostarczenia i montażu przedmiotu umowy w miejscu jego przeznaczenia

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

podpis kwalifikowany

**ZAŁĄCZNIK Nr 9.2 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych**

**Mobilny stolik zabiegowy z blatami i szufladami – 3 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** |
| 1 | 2 | 3 |  |
| 1. 1. | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Stoliki fabrycznie nowe | Rok produkcji: min. 2023 |  |
|  | Stolik zabiegowy wykonany w ze stali lakierowanej proszkowo | TAK |  |
|  | Stelaż ze stalowego giętego profilu kwadratowego o przekroju **min. 25x25** **mm** lakierowanego proszkowo, z szynami instrumentalnym i uchwytami do prowadzenia skierowanymi ku górze stanowiącymi stały element stabilnej konstrukcji. | TAK, podać |  |
|  | Stolik wyposażony w blat stanowiący wierzchnią część korpusu szafki, szafkę z 3 szufladami (wysokość frontu szuflady 3x130 mm) oraz półkę w dolnej części wózka z pogłębieniem, | TAK, podać |  |
|  | Korpus szafki wyposażony w materiał wygłuszający, niechłonący wilgoci, minimalizujący wibracje | TAK, podać |  |
|  | Blat, półka i szafka stalowe lakierowane proszkowo na biało, elementy dekoracyjne (stelaż, fronty szuflad) lakierowane proszkowo na kolor wg palety RAL - min. 20 kolorów do wyboryu przez Zamawiającego | TAK |  |
|  | Stelaż wyposażony w 4 wysoce mobilne koła w obudowie z tworzywa sztucznego o średnicy **min. 100 mm** w kolorze białym, w tym dwa z blokadą. | TAK, podać |  |
| 9. | Wymiary całkowite stolika: - szerokość: **570 mm (+/-20 mm)** - głębokość: **550 mm (+/-20 mm)** - wysokość: **900 mm (+/-20 mm)** | TAK, podać |  |
| 10. | Wymiary blatu/półki:  - szerokość: **450 mm (+/-20 mm)**  - głębokość: **500 mm (+/-20 mm)** | TAK, podać |  |
| 11. | Wymiary powierzchni użytkowej blatu/półki:  - szerokość: **400 mm (+/-20 mm)** - głębokość: **450 mm (+/-20 mm)** | TAK, podać |  |
| 12. | Wymiary szafki z szufladami: - szerokość: **450 mm (+/-20 mm)** - głębokość: **500 mm (+/-20 mm)** - wysokość: **413 mm (+/-20 mm)** | TAK, podać |  |
| 13. | Wymiary powierzchni użytkowej szuflady: - szerokość: **375 mm (+/-20 mm)** - głębokość: **430 mm (+/-20 mm)** - wysokość: **105 mm (+/-20 mm)** | TAK, podać |  |
| 14. | Możliwość doposażenie w przyszłości stolika w wyposażenie dodatkowe bez przeróbek | TAK |  |
| 15. | Stolik lakierowany w całości lakierem proszkowym odpornym na zadrapania | TAK |  |
| 16. | Kolorystyka biało- szara, ew. do uzgodnienia z zamawiającym | TAK |  |
| 17. | Obustronne, dwa odcinki szyny instrumentalnej do montowania drobnego wyposażenia | TAK |  |
| 18. | Bezpłatne szkolenie personelu w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia przeprowadzone w miejscu instalacji urządzenia. | TAK |  |
| 19. | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. ( t. j. Dz. U. 2022 poz. 974) - dostarczyć wraz z dostawą stolików | TAK |  |
| 20. | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |
| 21. | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 22. | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas przedmiot umowy jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• zobowiązujemy się do dostarczenia i montażu przedmiotu umowy w miejscu jego przeznaczenia

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

podpis kwalifikowany

**ZAŁĄCZNIK 9.3 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych**

**Parawan lekarski 3- częściowy – 2 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** |
| 1 | 2 | 3 |  |
|  | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Parawan fabrycznie nowy | Rok produkcji: 2024 |  |
|  | Parawan składany 3 częściowy.  Cześć środkowa parawanu zamocowana na stałe na podstawie jezdnej na 4 kołach z hamulcami.  Dwie boczne części parawanu w formie składanych skrzydeł na część stałą środkową. | TAK |  |
|  | Wysokość od podłogi do szczytu parawanu 155 cm +/- 5 cm | TAK, podać |  |
|  | Parawan zamontowany na podstawie jezdnej | TAK |  |
|  | Szerokość całkowita parawanu po jego rozłożeniu 150 cm +/- 5cm | TAK, podać |  |
|  | Szerokość całkowita parawanu po jego złożeniu 55 cm +/- 5cm | TAK, podać |  |
|  | Powierzchnia skrzydeł parawanu wykonana jest z płyt antystatycznych | TAK |  |
|  | Możliwość czyszczenia parawanu w całości na mokro ogólnie dostępnymi środkami do dezynfekcji | TAK |  |
|  | Podstawa jezdna wyposażona w cztery dwubieżniowe kółka jezdne z hamulcami | TAK |  |
|  | Maksymalna powierzchnia zajmowana przez wózek 60 x 40 cm | TAK, podać |  |
|  | Maksymalna wysokość podstawy jezdnej 15 cm | TAK, podać |  |
|  | Szerokość parawanu po złożeniu maksymalnie 60 cm | TAK, podać |  |
|  | Ramy na całej długości połączone są ze sobą jednym zawiasem z wyglądu przypominającym listwę | TAK |  |
|  | Parawan w kolorze wypełnienia białym | TAK |  |
|  | Stały aluminiowy uchwyt umieszczony w centralnym segmencie parawanu ułatwiający jego przemieszczanie | TAK |  |
|  | Aluminiowe uchwyty w formie rączki na zewnętrznych segmentach parawanu służące do składania, rozkładania i przemieszczania parawanu | TAK |  |
|  | Waga parawanu 30 kg +/- 5 kg | TAK, podać |  |
|  | Bezpłatne szkolenie personelu w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia przeprowadzone w miejscu instalacji urządzenia. | TAK |  |
|  | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. ( t. j. Dz. U. 2022 poz. 974) - dostarczyć wraz z dostawą parawanów | TAK |  |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |
|  | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas przedmiot umowy jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• zobowiązujemy się do dostarczenia i montażu przedmiotu umowy w miejscu jego przeznaczenia

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

podpis kwalifikowany