

Parametry techniczne: Waga krzesłkowa - 2 szt.

PAKIET NR 9, poz. 1

Nazwa producenta:

Nazwa i typ:

Kraj pochodzenia:

L.p.	PARAMETR / WARUNEK WYMAGANY	Parametry wymagane	Parametr oferowany (wypełnia Wykonawca)
1.	Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2023	Tak	
2.	Waga krzesłkowa, jezdna z 4 kołami. 2 skrzętne z blokadą.	TAK	
3.	Waga z przeznaczeniem do pomiaru wagi ciała pacjentów.	TAK	
4.	Maksymalne obciążenie do 300 kg.	TAK, podać	
5.	Dokładność 50 g w pierwszym zakresie pomiaru.	TAK	
6.	Masa wagi do 25 kg.	TAK	
7.	Temperatura pracy 10 - 40 °C.	TAK	
8.	Wskaźnik BMI	TAK	
9.	Zasilanie bateryjne gwarantujące pełną mobilność urządzenia.	TAK	
10.	Funkcja HOLD- zamrożenie wartości pomiaru na wyświetlaczu	TAK	
11.	Wymiary min (szer. x wys. x głęb.) 550 x 880 x 950 cm. (+/-5cm)	TAK	
12.	Waga klasy III.	TAK	
13.	Wyświetlacz LED podświetlany zamocowany z tyłu krzesła.	TAK	
14.	Podstawa wagi umożliwiająca transport, wbudowane 4 kółka transportowe.	TAK	
15.	Przynajmniej 2 koła posiadające funkcję blokady	TAK	
16.	Średnica kółek transportowych min. 10 cm	TAK	
17.	Waga legalizowana.	TAK	
18.	Funkcja automatycznego wyłączania.	TAK	
19.	Tarowanie w całym zakresie pomiarowym.	TAK	

20.	Wbudowana pamięć.	TAK	
21.	Zdejmowane lub składane higieniczne podłokietniki, wykonane z metalu bez materiałowego obicia.	TAK	
22.	Wysuwane higieniczne podnóżki, wykonane z metalu bez dodatkowego obicia, które mogą być całkowicie wsunięte pod siedzisko.	TAK	
23.	Wygodne i higieniczne siedzisko wykonane z plastiku ABS	TAK	
24.	Deklaracja zgodności CE wydana przez producenta –	TAK	
25.	Instrukcja obsługi i konserwacji	TAK	
26.	Wpis lub zgłoszenie do RWM w Polsce	TAK	
27.	Firmowe materiały informacyjne producenta lub autoryzowanego dystrybutora w języku polskim potwierdzające spełnienie wymaganych parametrów oferowanego wyrobu – dołączyć na wezwanie	TAK	
28.	Zapewnienie producenta lub autoryzowanego dystrybutora o dostępności części zamiennych przez okres minimum 10 lat	TAK	
29.	Zapewnienie producenta lub autoryzowanego dystrybutora o zapewnieniu serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego	TAK	
30.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	

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.

Data:

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

