**Załącznik nr 2**

**Pakiet I. Fotel zabiegowy (4 szt.)**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………..**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2020**

**Do oferty należy załączyć materiały w języku polskim potwierdzające spełnienie poniższych wymagań – z zaznaczeniem w tabeli nr strony na której jest potwierdzony dany parametr, w załączonych materiałach należy zakreślić właściwy fragment i wpisać którego punktu dotyczy.**

Odpowiedź NIE w kolumnie „parametr wymagany” ” lub „parametr oferowany” spowoduje odrzucenie oferty

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | PARAMETRY TECHNICZNE | | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETR OFEROWANY (podać nr strony w materiałach informacyjnych) |
| **A.** | **PARAMETRY OGÓLNE** | | |  |
| **I** | **FOTEL LARYNGOLOGICZNY STEROWANY ELEKTRYCZNIE – 1 szt.** | | **TAK, podać typ, producent** |  |
|  | Fotel laryngologiczny składający się z minimum 4 segmentów (oparcia głowy, pleców, siedzenia oraz segmentu nożnego) | | TAK, podać |  |
|  | Możliwość prowadzenia badań i zabiegów w pozycji fotelowej i pozycji leżącej | | TAK, podać |  |
|  | Fotel wyposażony w podrączki z tworzywa sztucznego z możliwością rozsunięcia na boki oraz całkowitego demontażu | | TAK, podać |  |
|  | Fotel jezdny- mobilny, wyposażony w kółka średnicy min. 75mm z blokadą indywidualną lub centralną | | TAK, podać |  |
|  | Długość fotela w pozycji leża 1750mm +/-50mm | | TAK, podać |  |
|  | Regulacja wysokości elektromechaniczna w zakresie min. 520-720 mm sterowanie za pomocą kablowego pilota ręcznego | | TAK, podać |  |
|  | Regulowany manualnie zagłówek w zakresie min. +20/- 45o | | TAK, podać |  |
|  | Długość x szerokość podstawy maksymalnie 770x 650mm | | TAK, podać |  |
|  | Cała podstawa obudowana tworzywową osłoną | | TAK, podać |  |
|  | Szerokość siedziska min 480mm | | TAK, podać |  |
|  | Nośność fotela min 150kg | | TAK, podać |  |
|  | Rotacja fotela min. +/- 90o w obie strony z możliwością blokady za pomocą pokrętła pod siedziskiem | | TAK, podać dostępne |  |
|  | Tapicerka dostępna w różnych kolorach do wyboru przed dostawą | | TAK, podać dostępne |  |
|  | Segment pleców regulowany za pomocą sprężyny gazowej w zakresie +17/+96° | | TAK, podać |  |
|  | Manualnie regulowany segment nóg w zakresie 0/-90° | | TAK, podać |  |
|  | Segment nożny wyposażony w wysuwany element ze stali nierdzewnej stanowiący podpórkę pod nogi pacjenta laryngologicznego | | TAK, podać |  |
|  | Fotel odporny na stosowanie środków myjąco-dezynfekujących | | TAK, podać zalecane |  |
| **II** | **FOTEL LARYNGOLOGICZNY / OKULISTYCZNY – 3 szt.** | **TAK, podać typ, producent** | |  |
|  | Fotel laryngologiczny składający się z minimum 4 segmentów (oparcia głowy, pleców, siedzenia oraz segmentu nożnego) | | TAK, podać |  |
|  | Możliwość prowadzenia badań i zabiegów w pozycji fotelowej i pozycji leżącej | | TAK, podać |  |
|  | Fotel wyposażony w podrączki z tworzywa sztucznego z możliwością rozsunięcia na boki oraz całkowitego demontażu | | TAK, podać |  |
|  | Fotel jezdny- mobilny , wyposażony w kółka o średnicy min. 75mm z blokadą indywidualną lub centralną | | TAK, podać |  |
|  | Długość fotela w pozycji leża 1750mm +/-50mm | | TAK, podać |  |
|  | Stała wysokość fotela 520mm+/-50mm | | TAK, podać |  |
|  | Regulowany manualnie zagłówek w zakresie min. +20/- 45o | | TAK, podać |  |
|  | Długość x szerokość podstawy maksymalnie 770x 650mm | | TAK, podać |  |
|  | Cała podstawa obudowana tworzywową osłoną | | TAK, podać |  |
|  | Szerokość siedziska min 480mm | | TAK, podać |  |
|  | Nośność fotela min 150kg | | TAK, podać |  |
|  | Rotacja fotela min. +/- 90o w obie strony z możliwością blokady za pomocą pokrętła pod siedziskiem | | TAK, podać |  |
|  | Tapicerka dostępna w różnych kolorach do wyboru przed dostawą | | TAK, podać dostępne |  |
|  | Segment pleców regulowany za pomocą sprężyny gazowej w zakresie +17/+96° | | TAK, podać |  |
|  | Manualnie regulowany segment nóg w zakresie 0/-90° | | TAK, podać |  |
|  | Segment nożny wyposażony w wysuwany element ze stali nierdzewnej stanowiący podpórkę pod nogi pacjenta laryngologicznego | | TAK, podać |  |
|  | Fotel odporny na stosowanie środków myjąco-dezynfekujących | | TAK, podać zalecane |  |
| **B.** | **INNE** | |  |  |
| 1 | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | | TAK z dostawą |  |
| 2 | Czy producent zaleca wykonywanie przeglądów technicznych?  Jeżeli TAK podać częstotliwość wykonania przeglądów technicznych zalecanych przez producenta | | TAK/NIE[[1]](#footnote-1)  Podać jeśli zalecane |  |

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

………...............................................................................

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo

1. Odpowiedź NIE - nie powoduje odrzucenia oferty [↑](#footnote-ref-1)