**Załącznik nr 2**

**Pakiet III. Fotel do bronchoskopii – 1 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** | |  |
|  | Fotel Multi-funkcjonalny przeznaczony do przeprowadzania bronchoskopii z elektryczną regulacją nachylenia segmentu pleców, nachylenia segmentu siedziska, nachylenia Trendelenburga | TAK, podać |  |
|  | Długość leża: 2130 mm (± 30 mm) Szerokość leża 600 mm (± 30 mm) | TAK, podać |  |
|  | Przewodowy pilot służący do regulacji minimum:   * Kąt nachylenia segmentu pleców, * Kąt nachylenia siedziska, * Funkcja antyszokowa/Trendelenburga uzyskiwana za pomocą jednego przycisku oznaczonego kolorem czerwonym dla szybkiego zlokalizowania i użycia, * Pozycja fotelowa uzyskiwana za pomocą jednego przycisku. * Pilot zabezpieczony przed przypadkowym uruchomieniem poprzez konieczność przyłożenia magnetycznego kluczyka. * Pilot posiadający diodę informującą o podłączeniu do sieci oraz ładowaniu akumulatora | TAK, podać |  |
|  | Wysokość siedziska regulowana w zakresie min.: 500 mm do 550mm | TAK, podać |  |
|  | Regulacja nachylenia oparcia pleców w zakresie minimum: – 17 0 (± 5 0) do + 70 0 (± 5 0) uzyskiwana za pomocą siłownika elektrycznego sterowanego pilotem ręcznym | TAK, podać |  |
|  | Regulacja segmentu siedziska w zakresie minimum: 0d 0 0 do + 30 0 (± 5 0) uzyskiwana za pomocą siłownika elektrycznego sterowanego pilotem ręcznym | TAK, podać |  |
|  | Regulacja przechyłu Trendelenburga dokonywana jednym wyraźnie oznakowanym przyciskiem (np. kolorem czerwonym) minimum: 17 0 (± 5 0) uzyskiwana za pomocą siłowników elektrycznych sterowanych pilotem ręcznym | TAK, podać |  |
|  | Fotel przejezdny, koła z centralnym systemem hamowania. Podwójne koła tworzywowe o średnicy min. 75mm | TAK, podać |  |
|  | Bezszwowa tapicerka wykonana ze skaju bez zawartości lateksu potwierdzone stosownym dokumentem. Możliwość wyboru koloru tapicerki, min. 4 propozycje (podać). Segment nożny i siedziska tapicerowane jednoczęściowym pokryciem | TAK, podać |  |
|  | Fotel wyposażony w dwa podłokietniki.  Podłokietniki regulowane minimum:  - w pionie +8o/-20o  - w poziomie -20o/+60o | TAK, podać |  |
|  | Konstrukcja fotela kolumnowa umożliwiająca skuteczną dezynfekcję i zapobieganie zakażeniom szpitalnym. Tylna część segmentu osłonięta tworzywową pokrywą o gładkich powierzchniach  Podstawa fotela w kształcie litery H | TAK, podać |  |
|  | Możliwość ułożenia pacjenta w pozycji horyzontalnej – wykorzystanie fotela jako łóżko do krótkiego pobytu | TAK, podać |  |
|  | Wyposażenie:   * Podgłówek z regulacją wysokości i położenia na fotelu, * Uchwyt do prowadzenia fotela zlokalizowany przy segmencie pleców, * Segment nóg wyposażony w podnóżek, * podłokietniki posiadające uchwyty na pilot przewodowy | 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)