#### PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

**I . OKREŚLENIE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Wózek do transportu chorych bariatrycznych w pozycji leżącej – 1 szt.**

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | Nazwa urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **2** | Typ urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **3** | Producent |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **4** | Rok produkcji nie wcześniej niż 2022. Urządzenie fabrycznie nowe nie rekondycjonowane. |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **5** | Rok wprowadzenia urządzenia do seryjnej produkcji |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **6** | Kraj pochodzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |

**7. 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: **24 miesiące** (*podać ilość miesięcy*) | *TAK* | |  |
|  |  |  |  | *Wpisać* |

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

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **Parametry graniczne** | Parametry oferowane  ( podać, opisać ).  Należy szczegółowo opisać każdy oferowany parametr urządzenia/sprzętu |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Wózek przeznaczony do przewożenia pacjentów w pozycji leżącej, drobnych zabiegów i krótkiego pobytu (leczenia i rekonwalescencji) | TAK |  |
|  | Konstrukcja wózka wykonana ze stali lakierowanej proszkowo oparta na 2 kolumnach cylindrycznych z osłoną o gładkiej powierzchni łatwej do dezynfekcji (nie osłoniętych tworzywem składającym się w harmonijkę). Platforma leża podzielona na 2 segmenty.  Nie dopuszcza się wózka do transportu pacjenta o konstrukcji na zasadzie pantografu. | TAK |  |
|  | Platforma leża 2 segmentowa wykonana w formie jednolitego odlewu, zaokrąglona (bez ostrych krawędzi i rogów), łatwa do dezynfekcji, wykonana z tworzywa sztucznego odpornego na działanie środków chemicznych i uszkodzeń. | TAK |  |
|  | Podwozie zabudowane pokrywą z tworzywa sztucznego z miejscem do przechowywania rzeczy pacjenta lub dodatkowego sprzętu (np. butli z tlenem), z udźwigiem min.25 kg | TAK |  |
|  | Możliwość zamontowania w każdym z naroży wózka pionowego uchwytu na butlę z tlenem, montowany bez użycia dodatkowych narzędzi | TAK |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie robocze wózka (waga pacjent+ osprzęt i dodatkowe urządzenia) - min.250 kg i dopuszczalna waga przewożonego pacjenta min.215 kg | TAK |  |
|  | Długość całkowita wózka: 2170mm±10mm | TAK |  |
|  | Szerokość całkowita wózka z opuszczonymi barierkami: 735mm±10mm | TAK |  |
|  | Szerokość całkowita wózka z podniesionymi barierkami: 790mm±10mm | TAK |  |
|  | Wymiary leża (przestrzeń dla pacjenta): długość min.1930 mm, szerokość min.620 mm | TAK |  |
|  | Składane, ergonomiczne rączki do prowadzenia wózka zlokalizowane od strony głowy i nóg pacjenta ułatwiające dostęp do pacjenta (m.in. podczas akcji reanimacyjnej). Rączki składane poniżej poziomu materaca. | TAK |  |
|  | Wózek wyposażony w piąte koło kierunkowe o średnicy min 120 mm z funkcją jazdy swobodnej bądź kierunkowej, realizowaną poprzez uniesienie lub dociśnięcie koła do podłoża. | TAK |  |
|  | Pojedyncze koła o średnicy co najmniej 190mm, bez widocznej metalowej osi obrotu zaopatrzone w osłony zabezpieczające mechanizm kół przed zanieczyszczeniem, min.jedno koło antystatyczne. | TAK |  |
|  | Hydrauliczna regulacja wysokości leża dostępna z obu stron wózka, za pomocą dźwigni nożnej w zakresie: 560mm – 860mm ±30mm (mierzone od podłoża do górnej płaszczyzny leża bez materaca) | TAK |  |
| 15. | Wózek wyposażony w centralny system hamulcowy, z jednoczesnym blokowaniem wszystkich kół, co do obrotu wokół osi, toczenia i sterowania kierunkiem jazdy, z wyraźnym zaznaczeniem kolorystycznym blokady hamulców (czerwony) i funkcji jazdy kierunkowej (zielony). | TAK |  |
| 16. | Centralny system blokowania kół obsługiwany z dwóch stron wózka jedną dźwignią nożną, trójpozycyjny – jazda swobodna, jazda kierunkowa, hamulec. | TAK |  |
| 17. | Barierki boczne chromowane, składane (wyróżnione kolorystycznie elementy aktywujące) z gładką, wyprofilowaną szczytową powierzchnią tworzywową ułatwiającą prowadzenie wózka oraz nie rysującą ścian. | TAK |  |
| 18. | Barierki boczne metalowe lub chromowane, chowane pod ramę leża (nie wzdłuż leża w pozycji równo z ramą lub w pozycji powyżej ramy leża) gwarantujące brak przerw transferowych. Wyprofilowane barierki z uchwytami do pchania/ciągnięcia na końcu wózka od strony nóg. | TAK |  |
| 19. | Regulacja segmentu pleców manualna ze wspomaganiem sprężyn gazowych w zakresie min.0°-85° | TAK |  |
| 20. | Pozycja Trendelenburga/ anty-Trendelenburga regulowana hydraulicznie w zakresie ±16° (± 3°) przy użyciu pedałów nożnych z obu dłuższych stron wózka | TAK |  |
| 21. | Dźwignie regulacji przechyłów: Trendelenburga/AntyTrendelenburga oraz opuszczania leża dostępna z obu stron dłuższych boków wózka, regulacja tych trzech opcji realizowana płynnie za pomocą jednego dedykowanego pedału. | TAK |  |
| 22. | Tuleje na wieszaki infuzyjne lub na inne akcesoria każdym narożu wózka | TAK |  |
| 23. | Uchwyty na worki urologiczne | TAK |  |
| 24. | Możliwość instalacji wieszaków infuzyjnych lub innych akcesoriów w każdym narożu wózka | TAK |  |
| 25. | Materac piankowy, w pokrowcu z osłoną nie zwierającą lateksu, pokrowiec powlekany poliuretanem i poliamidem, o grubości min. 8 cm. Materac mocowany na rzepy, w sposób uniemożliwiający samoczynne przesuwanie. | TAK |  |
| 26. | Teleskopowy chromowany lub stalowy składany wieszak infuzyjny, składany wzdłuż lub wszerz leża, co najmniej 2-częściowy z regulacją wysokości (montaż stały od strony głowy), wyposażony w min.2 haki. Łatwość użycia jedną ręką. Max. obciążenie do 18 kg. | TAK |  |
| 27. | Uchwyt na zamontowanie rolki z papierem do osłaniania i zabezpieczania powierzchni leża | TAK |  |

**UWAGA!**

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

W tabelce „Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika”, kolumna – parametry oferowane – należy szczegółowo opisać każdy oferowany parametr sprzętu.

Wykonawca jest zobowiązany do dostarczenia sprzętu o zaoferowanej w niniejszej specyfikacji konfiguracji i parametrach.

Oświadczenie Wykonawcy:

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

**Wypełniony i podpisany załącznik należy załączyć do oferty.**

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