**Załącznik nr 4.8 do SWZ**

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych**

1. **Łóżeczko małe transportowe – 1 szt. (Pediatria)**

Producent: …………………………………………………………………….……....……………...

Oznaczenie (nazwa, numer katalogowy, model, symbol, typ, itp..): ………………………………………..…..………………………………….….……………………..

Kraj pochodzenia: ……………………………………….…………………………..………………

Rok produkcji: ……………….....................….

**Cena jednostkowa netto: ……………………… zł, podatek VAT ….%, cena jednostkowa brutto ……………………. zł**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis parametru | Parametry wymagane | Parametr oferowany |
|  | Wózek specjalistyczny do transportu dzieci w pomieszczeniach na terenie szpitala | Tak  |  |
|  | Budowa wózka składająca się z podstawy, kolumnowego układu podnoszenia oraz leża wózka | Tak  |  |
|  | Konstrukcja wózka wykonana ze stali węglowej lakierowanej proszkowo, odporna na mycie i dezynfekcję szpitalną | Tak  |  |
|  | Długość całkowita wózka max 1450 mm | Tak  |  |
|  | Szerokość całkowita wózka max 750 mm | Tak  |  |
|  | Leże wózka składające się z 2 segmentów: stały segment leża oraz ruchomy segment oparcia pleców | Tak  |  |
|  | Regulacja segmentu oparcia pleców uzyskiwana przy pomocy sprężyny gazowej | Tak  |  |
|  | Zakres kąta nachylenia segmentu oparcia pleców min od 0° do 70°  | Tak  |  |
|  | Segmenty leża wypełnione płytą HPL przezierną dla promieni RTG | Tak  |  |
|  | Krążki odbojowe we wszystkich narożach wózka  | Tak  |  |
|  | Uchwyty dla personelu do przetaczania wózka umieszczone od strony głowy i nóg pacjenta, wypełnione płytą HPL | Tak  |  |
|  | Regulacja wysokości realizowana hydraulicznie przy pomocy dźwigni nożnych dostępnych po obu stronach wózka | Tak  |  |
|  | Zakres regulacji wysokości w zakresie min od 580 do 880 mm | Tak  |  |
|  | Regulacja pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga realizowana hydraulicznie przy pomocy dźwigni nożnych z wyraźnym oznaczeniem realizowanych funkcji. Dźwignie umieszczone z dwóch stron podstawy wózka | Tak  |  |
|  | Zakres regulacji pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga min 18° dla obu funkcji | Tak  |  |
|  | Podwozie posiadające osłonę z tworzywa sztucznego z wyprofilowaną półką na butlę tlenową oraz osobną półką na podręczne rzeczy pacjenta | Tak  |  |
|  | Cztery koła jezdne o średnicy 200 mm z bieżnikiem przeciwpoślizgowym, posiadające tworzywową osłoną  | Tak  |  |
|  | Centralny system blokowania kół jezdnych wózka oraz blokada kierunku jazdy przy użyciu dźwigni nożnych | Tak  |  |
|  | Dźwignie system blokowania kół jezdnych wózka przy każdym kole wózka | Tak  |  |
|  | Poręcze boczne oraz uchwyty do prowadzenia wykonane ze stali lakierowanej proszkowo, wypełnione płytą HPL z elementami graficznymi dla dzieci | Tak  |  |
|  | Materac z pokrowcem nieprzemakalnym o grubości min 5 cm z zamkiem, wodoszczelny,  | Tak  |  |
|  | GWARANCJA I SERWIS |  |  |
| 1. | Okres gwarancji min. 24 miesiące – proszę podać oferowany okres gwarancji | TAK |  |
| 2. | Proszę podać adres oraz numer telefonu / e-mail najbliższego dla siedziby Zamawiającego punktu serwisowego  | TAK |  |

1. **Wózek inwalidzki z podparciem głowy – 1 szt. (ZPO)**

Producent: …………………………………………………………………….……....……………...

Oznaczenie (nazwa, numer katalogowy, model, symbol, typ, itp..): ………………………………………..…..………………………………….….……………………..

Kraj pochodzenia: ……………………………………….…………………………..………………

Rok produkcji: ……………….....................….

**Cena jednostkowa netto: ……………………… zł, podatek VAT ….%, cena jednostkowa brutto ……………………. zł**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Parametry wymagane** | **Parametr oferowany** |
|  | Wózek inwalidzki aluminiowy ze stabilizacją głowy i pleców z odchylanym oparciem. | Tak |  |
|  | Wózek z regulacją napięcia oparcia i regulacją wysokości siedziska od podłożem. | Tak |  |
|  | Podnóżki z podparciem pod łydki i regulowanym kątem oraz płyta podnóżka z ustawialnym kątem. | Tak |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie min. 130 kg. | Tak |  |
|  | Waga max. 17 kg. | Tak |  |
|  | Długość całkowita min. 1010 mm. | Tak |  |
|  | Szerokość siedziska min. 380, 400, 420, 440, 460, 480, 500, 520 mm – do wyboru przez Zamawiającego.  | Tak |  |
|  | Wysokość oparcia min. 420 mm. | Tak |  |
|  | Koła tylne wypinane na szybkozłączki. | Tak |  |
|  | Przedłużone oparcie.  | Tak |  |
|  | GWARANCJA I SERWIS |  |  |
| 1. | Okres gwarancji min. 24 miesiące – proszę podać oferowany okres gwarancji | TAK |  |
| 2. | Proszę podać adres oraz numer telefonu / e-mail najbliższego dla siedziby Zamawiającego punktu serwisowego  | TAK |  |

**UWAGA: Zestawienie MUSI być podpisane kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy i dołączone do oferty. Zaleca się, aby przy podpisywaniu oferty zaznaczyć opcję widoczności podpisu**.