Załącznik Nr 2 do SWZ

Opis przedmiotu zamówienia dla Części II – Fotel okulistyczny – 1 szt.

1. Charakterystyka i parametry techniczne

**Oferowany typ/model/producent \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Zamawiający dopuszcza złożenie ofert dla urządzenia o parametrach nie niższych niż wskazane poniżej zgodnie z wytycznymi zawartymi w SWZ.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów (wymagania minimalne)** | **Wymóg graniczny tak/nie** | **Opis parametrów oferowanych w przypadku zaoferowania urządzenia o wyższych/lepszych parametrach** |
| 1. | Wysokość fotela regulowana elektrycznie, sterowanie za pomocą przycisku nożnego. |  |  |
| 2. | Wysokość siedziska regulowana w zakresie, co najmniej 530-680 mm. |  |  |
| 3. | Oparcie fotela odchylane ręcznie o kąt co najmniej 1200 |  |  |
| 4. | Obrót fotela o 3600, blokowany za pomocą przycisku nożnego |  |  |
| 5. | Długość fotela po rozłożeniu co najmniej 1600 mm, maksymalnie 1700 mm. |  |  |
| 6. | Oparcie pod stopy i podudzia w charakterze konstrukcji otwartej, umożliwiającej swobodne przełożenie nóg do wewnątrz. |  |  |
| 7. | Manualnie regulowany zagłówek w trzech płaszczyznach z jedną, wspólną dla obu przegubów, dźwignią blokującą. |  |  |
| 8. | Stabilna, stalowa podstawa o długości co najmniej 700mm |  |  |
| 9. | Dopuszczalna waga pacjenta co najmniej 145 kg |  |  |
| 10. | Obracalne w poziomie z możliwością demontażu podłokietniki. |  |  |
| 11. | Tapicerka z materiału hydrofobowego, umożliwiającego szybką dezynfekcję. Kolor do uzgodnienia po podpisaniu umowy. |  |  |
| 12. | Tylna część oparcia wykonana z twardego tworzywa sztucznego, łatwego do czyszczenia i dezynfekcji. |  |  |

1. Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski (najbliżej miasta Warszawa): siedziba ……………………………………….. ul. ………………………………….. tel. …………………………………………… (uzupełnia Wykonawca).
2. Miejsce dostawy do MWOMP w Płocku Oddział w Warszawie al. Wojska Polskiego 25
3. Minimalny okres gwarancji – 12 miesięcy
4. Urządzenie nowe, nie powystawowe, wyprodukowane nie wcześniej niż w 2020 r. i wolne od wad.
5. Wraz z formularzem Oferty cenowej Wykonawca załącza również foldery, katalogi oraz aktualne polskie/lub obowiązujące w krajach Unii Europejskiej świadectwa/certyfikaty dopuszczenia do stosowania w placówkach ochrony zdrowia.
6. Dostawa i szkolenie pracowników obsługujących urządzenie w lokalizacji MWOMP jw.
7. Instrukcja w języku polskim dostarczona wraz z urządzeniem.
8. Informacje dodatkowe na temat zaproponowanego urządzenia:

*Wypełnia Wykonawca (jeśli dotyczy):*

1. Zakres przeglądów:
* …………………………………………………………….
* …………………………………………………………….
1. Częstotliwość wykonywania przeglądów:
* w okresie gwarancji ………………………………..…
* po okresie gwarancji ………………………………..…
1. Koszt jednego przeglądu:
* w okresie gwarancji …………………………………… zł netto, ……………………………. zł brutto
* po okresie gwarancji ………………………………….. zł netto, ……………………………. zł brutto

………………………………………

*kwalifikowany* *podpis elektroniczny,*

 *podpis zaufany, podpis osobisty*

osoby/osób uprawnionych/upoważnionych