**Załącznik nr 2**

**Pakiet IV. Wózek leżący transportowy z regulacją wysokości oraz poręczami bocznymi – 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** | |  |
|  | Wymiary zewnętrzne 2050 x 750 mm (+/- 50 mm) | TAK, podać |  |
|  | Wymiary leża 1950 x 650 mm (+/- 50 mm) | TAK, podać |  |
|  | Regulacja wysokości leża nożna hydrauliczna w zakresie 600 - 900 mm (+/- 50 mm) | TAK, podać |  |
|  | Regulacja przechyłów wzdłużnych nożna hydrauliczna min. +/- 12 ˚ | TAK, podać |  |
|  | Leże min. 2 segmentowe, w tym min. 1 segment ruchomy | TAK, podać |  |
|  | Regulacja segmentu pleców wspomagana sprężyną gazową w zakresie minimum 0 – 70o. | TAK, podać |  |
|  | Koła o średnicy min 200mm z centralną oraz kierunkową blokadą kół, | TAK, podać |  |
|  | Bezpieczne obciążenie robocze pozwalające na bezpieczną pracę w sytuacjach ratowania życia np. reanimacji min 220 kg | TAK, podać |  |
|  | Listwy odbojowe na bokach wózka. W narożnikach leża krążki odbojowe | TAK, podać |  |
|  | Podwozie wózkq z wyprofilowanym pojemnikiem np. na butle z tlenem czy też osobiste rzeczy pacjenta | TAK, podać dostępne |  |
|  | Materac o grubości min 60mm, pozwalający przebywać pacjentowi nawet do 24h bez ryzyka powstania odleżyn. Możliwość wykorzystania wózka jako łóżko pobytowe do 24h | TAK, podać dostępne |  |
|  | Tapicerka dostępna w różnych kolorach do wyboru przed dostawą | TAK, podać dostępne |  |
|  | Barierki boczne metalowe w pełni zabezpieczające pacjenta składane wzdłuż ramy leża | TAK, podać |  |
|  | wózek wyposażony zarówno od strony głowy jak i nóg pacjenta w uchwyty służące do transportu wózka | TAK, podać |  |
|  | Wyposażenie:  - materac,  - barierki boczne  - wieszak kroplówki  - miejsce na butlę z tlenem  - uchwyt na rolkę prześcieradeł jednorazowych | TAK, podać |  |
|  | Wózek 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)