**Załącznik nr 4.10 do SWZ**

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych**

**Fotel ginekologiczny – 1 szt.**

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** |
|  | Siedzisko, sekcja pleców oraz sekcja głowy wyłożone wygodnym materacem w ergonomicznym kształcie. Materace klejone bezszwowo z możliwością wymiany całych paneli. | TAK |  |
|  | Regulacja wysokości i pochylenia fotela oraz pochylenia sekcji pleców za pomocą siłowników elektrycznych | TAK |  |
|  | Regulacja wysokości podpórek pod stopy lub Goepli za pomocą siłowników elektrycznych | TAK |  |
|  | Podstawa fotela umożliwiająca stabilną pracę o wymiarach 1100 x 600 mm ±50mm | TAK |  |
|  | Szerokość siedziska: min.590 mm  Szerokość sekcji pleców: min 680 mm | TAK, podać |  |
|  | Maksymalne bezpieczne obciążenie fotela  min. 240kg | TAK, podać |  |
|  | Powierzchnia materacy łatwa w czyszczeniu, dostępna w szerokiej palecie kolorów. Minimum 18 kolorów. | TAK |  |
|  | Możliwość szybkiej zmiany pozycji fotela przy pomocy panelu nożnego lub sterownika ręcznego | TAK |  |
|  | Możliwość zapamiętania minimum 4 pozycji fotela aktywowanych za pomocą panelu nożnego lub sterownika ręcznego | TAK |  |
|  | Łagodny start oraz ergonomiczne ruchy fotela podczas zmiany pozycji | TAK |  |
|  | Regulacja wysokości siedziska w zakresie 550mm-1000mm ±15mm za pomocą pozycji Trendelenburga | TAK, podać |  |
|  | Najniższa pozycja siedziska maksimum 550mm ±15mm | TAK, podać |  |
|  | Pozycja startowa fotela umożliwia pacjentce łatwe zajęcie miejsca bez potrzeby stosowania schodka | TAK |  |
|  | Możliwość ustawienia elektrycznego ustawienia pozycji Trendelenburga/ Antytrendelenburga | TAK, podać |  |
|  | Nożny panel sterujący obsługujący wszystkie funkcje fotela | TAK |  |
|  | Zasilanie fotela 230V, 50Hz, maks. 1kW, kabel zasilający minimum 3 m | TAK |  |
|  | Możliwość mocowania rolki z prześcieradłem jednorazowym pod pokrywą sekcji pleców | TAK |  |
|  | Możliwość poprowadzenia podkładu papierowego na całej długości fotela, między segmentem pleców i segmentem głowy oraz między segmentem siedziska i segmentem pleców. | TAK |  |
|  | Możliwość założenia podpór pod stopy pacjentki mocowane po bokach fotela | TAK |  |
|  | Podpory pod nogi pacjentki typu Goepel mocowane po bokach fotela(para) | TAK |  |
|  | Osłony w kolorze tapicerki na mocowanie podpór typu Goepel | TAK |  |
|  | Wysuwana spod siedziska sekcja nóg umożliwiająca otrzymanie pozycji horyzontalnej | TAK |  |
|  | Miska ze stali nierdzewnej pod siedziskiem, wysuwana o głębokości minimum 65mm | TAK |  |
|  | Podgłówek dla pacjentki mocowany bez rzepów | TAK |  |
|  | Waga netto fotela bez akcesoriów: do 100 kg | TAK, podać |  |
|  | Fotel wyposażony w koła z centralną blokadą | TAK |  |
|  | Koła niewystające poza podstawę fotela | TAK |  |
|  | Podpórka pod nogę dla lekarza | TAK |  |
|  | Taboret lekarski w kolorze tapicerki fotela | TAK |  |
|  | Dodatkowe wyposażenie:  1 rolka podkładu papierowego | TAK |  |
|  | **GWARANCJA I SERWIS** |  |  |
| 1. | Okres gwarancji min. 24 miesiące – proszę podać oferowany okres gwarancji | TAK |  |
| 2. | Ilość punktów serwisowych na terenie Polski; proszę podać adres oraz numer telefonu / e-mail najbliższego dla siedziby Zamawiającego punktu serwisowego | TAK |  |
| 3. | Montaż fotela w miejscu wskazanym przez Zamawiającego | 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.**