Załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego

………………………………………………………

/Pieczątka Oferenta/

**Formularz potwierdzający wymagania Zamawiającego**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Fotel rehabilitacyjny** |
| **Nazwa producenta oferowanego fotela rehabilitacyjnego** |  |
| Oznaczenie modelu oferowanego fotela rehabilitacyjnego |  |
| Wymiary modelu oferowanego fotela rehabilitacyjnego:  63 cm +/- 2 cm – wys. oparcia  43 cm +/- 2 cm – szer. oparcia  51 cm +/- 2 cm – szer. siedziska  45 cm +/- 2 cm – gł. Siedziska  Przesuw siedziska max 8 cm  **(tak/nie).** Jeśli zostanie wybrana opcja „NIE” wskazać wymiary | tak nie |
| Płynnie regulowana wysokość siedziska - podnośnik gazowy, **(tak/nie)** | tak nie |
| Wyprofilowane tapicerowane  oparcie (wyklejone wylewaną w formie, profilowaną pianką, tapicerowane tkaniną, tył oparcia wykończony plastikiem), posiadające poprzeczny  profil wypukły korygujący położenie odcinka lędźwiowego oraz pionowy profil wypukły podpierający piersiowy odcinek kręgosłupa, regulacja nachylenia oparcia, **(tak/nie)** | tak nie |
| Mechanizm umożliwiający synchroniczne odchylenia oparcia i siedziska , z regulacją sprężystości odchylania w zależności od ciężaru siedzącego, zmiana kąta siedziska do oparcia w stosunku 2:1, **(tak/nie)** | tak nie |
| Wyprofilowane tapicerowane siedzisko z otworami na guzy kulszowe oraz podłużny kanał wentylacyjny, regulowana głębokość siedziska, (**tak/nie)** | tak nie |
| Możliwość blokady siedziska i oparcia w wielu pozycjach ,(**tak/nie)** | tak nie |
| Tapicerka z wysokogatunkowej, atestowanej tkaniny  (PARAMETRY: materiał: 100% poliolefin, gramatura: nie mniej niż 220-225 g/m2, odporność na ścieranie nie mniej niż : 50000 cykli, trudnopalność: EN 1021-1 lub EN 1021-2, lub równoważne, kolor: po przedstawieniu przez Wykonawcę wzornika kolorów, zostanie zatwierdzony przez Zamawiającego), (**tak/nie)** | tak nie |
| Stabilna pięcioramienna podstawa – czarna  z  pięcioma kółkami oraz z kolumną pneumatyczną o różnym zakresie wysięgu, (**tak/nie)** | tak nie |
| Nierysujące kółka gumowane do powierzchni twardych, (**tak/nie)** | tak nie |
| regulowany tapicerowany zagłówek z regulacją wysokości i kąta odchylenia, (**tak/nie)** | tak nie |
| Możliwość obrotu wokół osi pionowej 360, (**tak/nie)** | tak nie |
| Podłokietniki regulowane, z regulacją góra-dół, (**tak/nie)** | tak nie |
| Czas udzielonej gwarancji producenta  **(w miesiącach –24 m-ce / 36 m-cy)** | 24 m-ce 36 m-cy |
| Wyrób medyczny **(tak/nie)** | tak nie |

Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczam, że podane informację są zgodne ze stanem faktycznym i są aktualne na dzień otwarcia ofert (art.297 k.k.).

…………………………, dn…………………………. …………………………………………………………………….

/ miejscowość, data / /podpis Oferenta/