***Załącznik nr 2.5 do SIWZ - Opis przedmiotu zamówienia ZMIANA***

***FOTEL ONKOLOGICZNY DO CHEMIOTERAPII*** *– 20 sztuk*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***L. p.*** | ***Wymagania dla przedmiotu zamówienia*** | ***Parametry wymagane*** | ***Parametry oferowane (potwierdzić spełnianie parametru / opisać) \**** |
|  | Producent | podać | ……………………….. |
|  | Model | podać | ……………………….. |
|  | Kraj pochodzenia | podać | ……………………….. |
|  | Rok produkcji | urządzenie nowe, nieużywane,  wyprodukowane w 2019 | …………………………  rok produkcji |
|  | Fotel wielofunkcyjny trzysegmentowy kolumnowy przeznaczony do chemioterapii z elektryczną regulacją :  - wysokości,  - nachylenia segmentu pleców  - nachylenia segmentu siedziska  - nachylenia segmentu nożnego  - nachylenia Trendelenburga | TAK | ………………….. |
|  | Długość leża: 2130 mm (± 70 mm) Szerokość leża 620 mm (± 30 mm) | TAK, podać | ………………………. |
|  | Przewodowy pilot służący do regulacji:  wysokości, kąta nachylenia segmentu pleców, kąta nachylenia siedziska,  kąta nachylenia segmentu nóg, | TAK | ……………………….. |
|  | Pilot posiadać powinien dodatkowo dedykowany przycisk w celu łatwego uzyskania pozycji: funkcja antyszokowa / Trendelenburga. | TAK – 5 pkt  NIE – 0 pkt |  |
|  | Pilot posiadać powinien dodatkowo dedykowany przycisk w celu łatwego uzyskania pozycji: pozycja fotelowa. | TAK – 5 pkt  NIE – 0 pkt |  |
|  | Pilot wyposażony w system zabezpieczenia przed przypadkowym uruchomieniem. | TAK – 5 pkt  NIE – 0 pkt |  |
|  | Regulacja wysokości siedziska w zakresie: min. 560 mm do min. 700 mm uzyskiwana za pomocą siłownika elektrycznego sterowanego pilotem ręcznym | TAK,podać | ……………………….. |
|  | Regulacja nachylenia oparcia pleców w zakresie: – 100 (± 10 0) do + 75 ° (± 5 0) uzyskiwana za pomocą siłownika elektrycznego sterowanego pilotem ręcznym | TAK,podać | …………………………. |
|  | Regulacja segmentu siedziska w zakresie: 0d 0 0 do + 35 0 (± 10 0) uzyskiwana za pomocą siłownika elektrycznego sterowanego pilotem ręcznym | TAK,podać | ……………………….. |
|  | Regulacja segmentu nożnego w zakresie: – 50 0 (± 250) do min. 0 0 uzyskiwana za pomocą siłownika elektrycznego sterowanego pilotem ręcznym | TAK,podać | ……………………….. |
|  | Regulacja przechyłu Trendelenburga dokonywana jednym kolorowo oznakowanym przyciskiem lub piktogramem: 20 0 (± 7 0) uzyskiwana za pomocą siłowników elektrycznych sterowanych pilotem ręcznym | TAK,podać | ……………………….. |
|  | Możliwość ułożenia pacjenta w pozycji horyzontalnej. | TAK |  |
|  | Fotel przejezdny wyposażony w 4 podwójne koła o średnicy min. 75 mm z centralną blokadą min. 2 kół, | TAK | ……………………….. |
|  | Materac o grubości min. 8 cm z wypełnieniem w postaci z dwuwarstwowej pianki z czego wyższa warstwa powinna być wykonana z pianki termoplastycznej. | TAK – 5 pkt  NIE – 0 pkt | ……………………….. |
|  | Bezszwowa tapicerka wykonana ze skaju. Możliwość wyboru koloru tapicerki, min. 4 propozycje (podać). | TAK | ……………………….. |
|  | Poszycie odporne na działanie środków dezynfekujących i promieni UV. | TAK |  |
|  | Fotel wyposażony w dwa podłokietniki zdejmowane z regulacją kąta nachylenia za pomocą sprężyn gazowych oraz kąta odchylenia w stosunku do fotela lub podłokietniki całkowicie odchylane do wysokości oparcia pleców. | TAK | ……………………….. |
|  | Segment nóg wyposażony w podnóżek z regulacją jego położenia w zależności od wzrostu pacjenta, gdzie blokada podnóżka zwalniana dźwignią lub elementami (pokrętłami) dociskowymi przy siedzisku lub segmencie oparcia nóg. | TAK |  |
|  | Konstrukcja fotela kolumnowa umożliwiająca skuteczną dezynfekcję i zapobieganie zakażeniom szpitalnym, | TAK | ……………………….. |
|  | Dopuszczalne obciążenie min. 200 kg | TAK, podać |  |
|  | Wyposażenie:  - podgłówek z regulacją wysokości i położenia na fotelu,  - dodatkowe materace na segment podłokietników dla zwiększenia komfortu  - uchwyt do prowadzenia fotela  - podłokietniki posiadające metalowe uchwyty lub uchwyty na rzep lub opaski na pilot przewodowy,  - statyw kroplówki z możliwością ustawienia po lewej lub prawej stronie fotela dzięki obrotowemu uchwytowi statywu  - uchwyt na rolkę jednorazowego prześcieradła pod segmentem pleców | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta nie spełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

* oferowany przez nas system jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;
* oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)
* zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia systemu w miejscu jego przeznaczenia
* zobowiązujemy się do przeszkolenia personelu w obsłudze urządzenia
* przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy
* ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji
* inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

……………………………………………………

Data i podpis Wykonawcy