**Załącznik nr 4.24 do SWZ**

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych**

**Fotel dla opiekuna z funkcją spania – 9 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** |
| 1. | Fotel z funkcją dzienną do siedzenia oraz z funkcją nocną do spania – mobilny**.** | Tak |  |
| 2. | Wymiary:  Szerokość całkowita – 700 (+/-35) mm  Wysokość całkowita – 950 (+/- 55) mm  Długość całkowita w pozycji złożonej – 1020 (+/-60) mm  Powierzchnia spania po rozłożeniu –700x1900 (+/-30) mm | Tak |  |
| 3. | Minimalne maksymalne obciążenie 120kg | Tak |  |
| 4. | Fotel wyposażony w mechanizm automatycznego rozkładania | Tak |  |
| 5. | Oparcie i siedzisko wypełnione gąbką i obite łatwą w dezynfekcji sztuczną skórą / ekoskórą | Tak |  |
| 6. | Fotel wyposażony w podłokietniki oraz miejsce na schowanie pościeli | Tak |  |
| 7. | Fotel wyposażony w min. 2 kółka z hamulcem. Koła nie brudzące powierzchni, dostosowane do podłoża twardego. | Tak |  |
| 8. | Kolor do wyboru Zamawiającego (min. 6 kolorów) | Tak |  |
|  | **GWARANCJA I SERWIS** |  |  |
| 1. | Okres gwarancji min. 24 miesiące – proszę podać oferowany okres gwarancji | TAK |  |
| 2. | Proszę podać adres oraz numer telefonu / e-mail najbliższego dla siedziby Zamawiającego punktu serwisowego | 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**.