**Załącznik nr 8 do SWZ**

Nr sprawy 3/2021

# FORMULARZ CENOWY

**Część 1**

|  |
| --- |
| Sprzęt fabrycznie nowy, nie rekondycjonowany, nie powystawowy, Rok produkcji nie starszy niż 2021r. Nazwa handlowa …………………………………………………………………….…….(uzupełnić)Model lub typ …………………………………………………… (uzupełnić) Producent …………………………………………………… (uzupełnić) |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***Liczba szt.*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość netto*** | ***Stawka podatku VAT***  | ***Wartość brutto*** |
| **Materac przeciwodleżynowy**  | **8** | **…….zł** | **…….. zł** | **..… %** | **…… zł** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr części zamówienia | **Opis parametru** | **Wartość graniczna / wymagana** | **Uwagi** |
| 1 | **2** | 3 | 4 |
| **Część 1** | **Materac przeciwodleżynowy** Parametry Materaca - Materiał: PVC zgodne z CE- Ilość komór (bąbelków): min 130- Wymiary: 200 x 90 cm; brzegi max 3 cm- Waga: max. 2,5 kg - Maksymalne obciążenie: co najmniej 110 kg Parametry pompy - Zastosowanie: pompa zmiennociśnieniowa do materaca bąbelkowego- Zasilanie: 230V ~ 50Hz- Zakres ciśnienia: 40 - 120 mmHg- Cykl: 12 min (+-2 min)- Zużycie energii: 7W, +- 1W | TAK |  |

**Oferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania wynikające z ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 186 ze zm.) i został dopuszczony do obrotu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.**

**Oferowany przedmiot zamówienia posiada Deklarację Zgodności.**

**Sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.**

*Miejscowość, dnia ………………………………….*

……………………………………………………………………………………

podpis elektroniczny kwalifikowany

lub podpis zaufany lub osobisty

osoby/-ób uprawnionej/-ych

do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika

**Część 2**

|  |
| --- |
| Sprzęt fabrycznie nowy, nie rekondycjonowany, nie powystawowy, Rok produkcji nie starszy niż 2021r. Nazwa handlowa …………………………………………………………………….…….(uzupełnić)Model lub typ …………………………………………………… (uzupełnić) Producent …………………………………………………… (uzupełnić) |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***Liczba szt.*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość netto*** | ***Stawka podatku VAT***  | ***Wartość brutto*** |
| **Koncentrator tlenu z osprzętem**  | **10** | **…….zł** | **…….. zł** | **..… %** | **…… zł** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr części zamówienia | **Opis parametru** | **Wartość graniczna / wymagana** | **Uwagi** |
| 1 | **2** | 3 | 4 |
| **Część 2** | **Koncentrator tlenu z osprzętem** Stacjonarny koncentrator, wyposażony w zwrotne kółka, które pozwalają na jego łatwe transportowanie. Za pomocą pokrętła można z łatwością zamontować nawilżacz oraz regulować przepływ tlenu. Wizualne i dźwiękowe alarmy wskazujące niski poziom stężenia tlenu, brak zasilania, spadek ciśnienia czy też konieczność naprawy serwisowej.  Dane techniczne• Wymiary max (W x Sz x D): 70 x 40 x 40 cm• Waga max: 18kg• Pobór mocy: max 300W przy przepływie 2 l/min., 330W przy przepływie 5 l/min.• Regulowany przepływ tlenu: od 0,5 l/min do 5 l/min.• Stężenie tlenu: 93% (+/- 3%)• Poziom hałasu: nie przekracza 40dB | TAK |  |

**Oferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania wynikające z ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 186 ze zm.) i został dopuszczony do obrotu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.**

**Oferowany przedmiot zamówienia posiada Deklarację Zgodności.**

**Sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.**

*Miejscowość, dnia ………………………………….*

……………………………………………………………………………………

podpis elektroniczny kwalifikowany

lub podpis zaufany lub osobisty

osoby/-ób uprawnionej/-ych

do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika

**Część 3**

|  |
| --- |
| Sprzęt fabrycznie nowy, nie rekondycjonowany, nie powystawowy, Rok produkcji nie starszy niż 2021r. Nazwa handlowa …………………………………………………………………….…….(uzupełnić)Model lub typ …………………………………………………… (uzupełnić) Producent …………………………………………………… (uzupełnić) |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***Liczba szt.*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość netto*** | ***Stawka podatku VAT***  | ***Wartość brutto*** |
| **Koncentrator tlenu przenośny bezobsługowy** | **5** | **…….zł** | **…….. zł** | **..… %** | **…… zł** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr części zamówienia | **Opis parametru** | **Wartość graniczna / wymagana** | **Uwagi** |
| 1 | **2** | 3 | 4 |
| **Część 3** | Koncentrator przenośny bezobsługowyPrzenośny Koncentrator Tlenu + Akcesoria Dane techniczne:- Wylot powietrza regulowany od 1L do 6LPrzepływ ciągły 0,5 - 3 l/min (wzrost co 0,5 l/min)Przepływ pulsacyjny 1 - 6- Stężenie o2:- 90% +/- 3% (1 L /min)- 75% +/- 3% (2 L /min)- 60% +/- 3% (3 L /min)- 45% +/- 3% (4 L /min)- 40% +/- 3% (5 L /min)- Wymiary urządzenia 49,0 x 31,2 x 18,0 cm +- 5 cm dla każdego wymiaru- Waga max 9kg - Akumulator - Pobór mocy: średnio poniżej 90 W- Napięcie: AC 220 ~ 240V 50-60Hz lub DC 12-17V- Adapter Samochodowy- Poziom hałasu: poniżej 40 dB- Temperatura stosowania: 5 ~ 40 ° C- Wilgotność Zastosowania: poniżej 90%- Czas pracy akumulatora wynosi min. 45 minut przy pełnym naładowaniu- Czas pracy przy zasilaniu sieciowym do 12 godzin, następnie przerwa max 40 minZestaw zawiera:- Koncentrator przenośny tlenu- Podręczna torba- 1 szt. Akumulator - Ładowarka do baterii- Zasilacz- Ładowarka samochodowa- Kabel zasilający- Kaniula nosowa- Wózek | TAK |  |

**Oferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania wynikające z ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 186 ze zm.) i został dopuszczony do obrotu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.**

**Oferowany przedmiot zamówienia posiada Deklarację Zgodności.**

**Sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.**

*Miejscowość, dnia ………………………………….*

……………………………………………………………………………………

podpis elektroniczny kwalifikowany

lub podpis zaufany lub osobisty

osoby/-ób uprawnionej/-ych

do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika

**Część 4**

|  |
| --- |
| Sprzęt fabrycznie nowy, nie rekondycjonowany, nie powystawowy, Rok produkcji nie starszy niż 2021r. Nazwa handlowa …………………………………………………………………….…….(uzupełnić)Model lub typ …………………………………………………… (uzupełnić) Producent …………………………………………………… (uzupełnić) |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***Liczba szt.*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość netto*** | ***Stawka podatku VAT***  | ***Wartość brutto*** |
| **Ssak z osprzętem** | **15** | **…….zł** | **…….. zł** | **..… %** | **…… zł** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr części zamówienia | **Opis parametru** | **Wartość graniczna / wymagana** | **Uwagi** |
| 1 | **2** | 3 | 4 |
| **Część 4** | **Ssak z osprzętem** Przepływ: 0 - 27 l/minCiśnienie: 50 - 550 mmHgPojemnik: 800 ml - 1200 ml z zaworem pływakowym, z możliwością sterylizacji Zasilanie sieciowe ~230V, 50/60 HzPrzewód zasilający o długości min. 3 mPraca ciągła 24 godziny na dobęPoziom hałasu podczas pracy max. 56 dBAMasa max. 6 kg.Zasilanie sieciowe, lub akumulatorowe | TAK |  |

**Oferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania wynikające z ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 186 ze zm.) i został dopuszczony do obrotu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.**

**Oferowany przedmiot zamówienia posiada Deklarację Zgodności.**

**Sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.**

*Miejscowość, dnia ………………………………….*

……………………………………………………………………………………

podpis elektroniczny kwalifikowany

lub podpis zaufany lub osobisty

osoby/-ób uprawnionej/-ych

do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika

**Część 5**

|  |
| --- |
| Sprzęt fabrycznie nowy, nie rekondycjonowany, nie powystawowy, Rok produkcji nie starszy niż 2021r. Nazwa handlowa …………………………………………………………………….…….(uzupełnić)Model lub typ …………………………………………………… (uzupełnić) Producent …………………………………………………… (uzupełnić) |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***Liczba szt.*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość netto*** | ***Stawka podatku VAT***  | ***Wartość brutto*** |
| **Monitor (pusloksymetr + temperatura + ciśnienie) Kardiomonitor** | **6** | **…….zł** | **…….. zł** | **..… %** | **…… zł** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr części zamówienia | **Opis parametru** | **Wartość graniczna / wymagana** | **Uwagi** |
| 1 | **2** | 3 | 4 |
| **Część 5** | **Monitor (pusloksymetr + temperatura + ciśnienie)** Kardiomonitor - możliwość monitorowania szerokiego zakresu parametrów: EKG, tętno (HR), częstość oddechów (RR), wysycenie krwi tlenem / saturacja (SpO2), puls (PR), nieinwazyjny pomiar ciśnienia krwi (NIBP), Temp.- monitor przeznaczony dla dorosłych , dzieci i noworodków. Wybór grupy pacjenta z menu z dostosowaniem granic alarmowych. Kardiomonitor wyposażony w akcesoria odpowiednie dla grupy wiekowej pacjenta.- kolorowy wyświetlacz LCD 7’’ – 10’’ z prezentacją na ekranie monitora krzywych dynamicznych oraz wartości cyfrowych. Różne konfiguracje ekranu: duże cyfry, parametry, trendy.- kardiomonitor z torbą transportową - możliwość "zamrożenia" krzywej EKG do analizy odcinka S-T.- kardiomonitor posiada trendy tabelaryczne i graficzne mierzonych parametrów.- analiza arytmii i odcinka S-T.- dźwiękowe i wizualne alarmy z możliwością wyciszenia i dostosowania granic alarmowych. Kardiomonitor posiada pamięć zdarzeń alarmowych.- tryby pomiaru NIBP: ręczny (bezpośredni przycisk na panelu monitora), automatyczny.- funkcja opaski uciskowej.- zabezpieczenie przed nadmiernym ciśnieniem w mankiecie.- kardiomonitor posiada wbudowany akumulator (min. 2 godziny pracy na baterii) z możliwością wymiany przez użytkownika bez konieczności wzywania serwisu.- kardiomonitor posiada menu w języku polskim.Wyposażenie min.: czujnik SpO2 klips na palec dla dzieci, kabel EKG, elektrody EKG, mankiet NIBP dla dorosłych, czujnik temperatury, rączka do kardiomonitora, pokrowiec, bateria, kabel / adapter sieciowy.Wymagane wyposażenie kardiomonitora w akcesoria dla dziecka i noworodka | TAK |  |

**Oferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania wynikające z ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 186 ze zm.) i został dopuszczony do obrotu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.**

**Oferowany przedmiot zamówienia posiada Deklarację Zgodności.**

**Sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.**

*Miejscowość, dnia ………………………………….*

……………………………………………………………………………………

podpis elektroniczny kwalifikowany

lub podpis zaufany lub osobisty

osoby/-ób uprawnionej/-ych

do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika

**Część 6**

|  |
| --- |
| Sprzęt fabrycznie nowy, nie rekondycjonowany, nie powystawowy, Rok produkcji nie starszy niż 2021r. Nazwa handlowa …………………………………………………………………….…….(uzupełnić)Model lub typ …………………………………………………… (uzupełnić) Producent …………………………………………………… (uzupełnić) |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***Liczba szt.*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość netto*** | ***Stawka podatku VAT***  | ***Wartość brutto*** |
| **Termometr bezdotykowy** | **10** | **…….zł** | **…….. zł** | **..… %** | **…… zł** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr części zamówienia | **Opis parametru** | **Wartość graniczna / wymagana** | **Uwagi** |
| 1 | **2** | 3 | 4 |
| **Część 6** | **termometr bezdotykowy** Specyfikacja:• Czujnik podczerwieni• Termometr służy do pomiaru temperatury na czole, temperatury przedmiotów (np. mleka w butelce)• Czas pomiaru: ≤ 1 sekundy• Podświetlany wyświetlacz cyfrowy LCD• Pomiar temperatury: min. skala Celsjusza.• Funkcja pamięci z zachowaniem wartości min. 30 ostatnich wyników pomiaru.• Zakres pomiaru: temperatura ciała: 32,0°C – 42,0°C.• Zakres pomiaru: temperatura powierzchni: 0,0°C – 100,0°C.• Margines błędu pomiaru: w standardowych warunkach otoczenia: ±0,3°C.• Odległość od miejsca dokonywania pomiaru: 1–5 cm.• Tryb oszczędzania energii automatyczne wyłączenie: po upływie 30 s. – 45 s.• Funkcja alarmu w wypadku podwyższonej temperatury ciała• Zasilanie: bateryjne.• Waga: max 80 g (bez baterii). | TAK |  |

**Oferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania wynikające z ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 186 ze zm.) i został dopuszczony do obrotu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.**

**Oferowany przedmiot zamówienia posiada Deklarację Zgodności.**

**Sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.**

*Miejscowość, dnia ………………………………….*

……………………………………………………………………………………

podpis elektroniczny kwalifikowany

lub podpis zaufany lub osobisty

osoby/-ób uprawnionej/-ych

do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika

**Część 7**

|  |
| --- |
| Sprzęt fabrycznie nowy, nie rekondycjonowany, nie powystawowy, Rok produkcji nie starszy niż 2021r. Nazwa handlowa …………………………………………………………………….…….(uzupełnić)Model lub typ …………………………………………………… (uzupełnić) Producent …………………………………………………… (uzupełnić) |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***Liczba szt.*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość netto*** | ***Stawka podatku VAT***  | ***Wartość brutto*** |
| **Inhalator z osprzętem** | **10** | **…….zł** | **…….. zł** | **..… %** | **…… zł** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr części zamówienia | **Opis parametru** | **Wartość graniczna / wymagana** | **Uwagi** |
| 1 | **2** | 3 | 4 |
| **Część 7** | **inhalator z osprzętem** Specyfikacja techniczna• Wielkość cząstki: MMAD = 2-3 µm.• Tempo nebulizacji: 0,2 ml / min – 0,5 ml / min.• Pojemność zbiornika na lek: 2 ml - 12 ml• Głośność pracy urządzenia: max 58 dB.• Waga: do 1,5 kg z akcesoriami• Wytwarzanie aerozolu: ok. 0,25 ml• Inhalator umożliwia przeprowadzenie inhalacji dla dzieciWyposażenie • Kompresor• Zestaw nebulizatora• Przewód powietrza, PCW, 100 – 120 cm• Zbiornik na lek• Ustnik• Łącznik• Końcówka do nosa• Maska dla dzieci, maska dla dzieci | TAK |  |

**Oferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania wynikające z ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 186 ze zm.) i został dopuszczony do obrotu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.**

**Oferowany przedmiot zamówienia posiada Deklarację Zgodności.**

**Sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.**

*Miejscowość, dnia ………………………………….*

……………………………………………………………………………………

podpis elektroniczny kwalifikowany

lub podpis zaufany lub osobisty

osoby/-ób uprawnionej/-ych

do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika

**Część 8**

|  |
| --- |
| Sprzęt fabrycznie nowy, nie rekondycjonowany, nie powystawowy, Rok produkcji nie starszy niż 2021r. Nazwa handlowa …………………………………………………………………….…….(uzupełnić)Model lub typ …………………………………………………… (uzupełnić) Producent …………………………………………………… (uzupełnić) |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***Liczba szt.*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość netto*** | ***Stawka podatku VAT***  | ***Wartość brutto*** |
| **Ciśnieniomierz** | **5** | **…….zł** | **…….. zł** | **..… %** | **…… zł** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr części zamówienia | **Opis parametru** | **Wartość graniczna / wymagana** | **Uwagi** |
| 1 | **2** | 3 | 4 |
| **Część 8** | **ciśnieniomierz**  Funkcjonalność:• Automatyczny pomiar ciśnienia krwi i pulsu.• Min. mankiety w rozmiarze XS-S i M-L (22 - 42 cm). • Wykrywanie arytmi serca.• Wbudowana pamięć podająca min. 30 ostatnie wyniki pomiaru wraz z datą i godziną.• Czytelny wyświetlacz LCD.• Informacja/alert o kończącej się baterii.• Możliwość podłączenia zasilacza sieciowego lub stosowania akumulatorów bateryjnych.• Wbudowany wskaźnik poprawnego założenia mankietu wraz z optymalnym napełnieniem i wskaźnikiem ruchu ramienia. Specyfikacja Techniczna:- Zakres pomiaru: 20 - 280 mmHg – ciśnienie krwi, 40 - 200 uderzeń na minutę – tętno- Dokładność statyczna: ciśnienie w zakresie ± 3 mmHg- Dokładność pomiaru tętna: ±5 % wartości odczytu- Temperatura robocza: 10 - 40 ˚C - Wilgotność względna 15-95 %- Waga max: 350 g (z bateriami)- Wymiary max: 150 x 90 x 60 mm- Sposób pomiaru: oscylometryczny, odpowiadający metodzie Korotkoffa: faza I skurczowa, faza V rozkurczowa- Zakres wyświetlania ciśnienia w mankiecie: 0 - 299 mmHg- Rozdzielczość min.: 1 mmHg | TAK |  |

**Oferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania wynikające z ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 186 ze zm.) i został dopuszczony do obrotu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.**

**Oferowany przedmiot zamówienia posiada Deklarację Zgodności.**

**Sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.**

*Miejscowość, dnia ………………………………….*

……………………………………………………………………………………

podpis elektroniczny kwalifikowany

lub podpis zaufany lub osobisty

osoby/-ób uprawnionej/-ych

do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika

**Część 9**

|  |
| --- |
| Sprzęt fabrycznie nowy, nie rekondycjonowany, nie powystawowy, Rok produkcji nie starszy niż 2021r. Nazwa handlowa …………………………………………………………………….…….(uzupełnić)Model lub typ …………………………………………………… (uzupełnić) Producent …………………………………………………… (uzupełnić) |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***Liczba szt.*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość netto*** | ***Stawka podatku VAT***  | ***Wartość brutto*** |
| **Łóżko szpitalne** | **10** | **…….zł** | **…….. zł** | **..… %** | **…… zł** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr części zamówienia | **Opis parametru** | **Wartość graniczna / wymagana** | **Uwagi** |
| 1 | **2** | 3 | 4 |
| **Część 9** | **Łóżko szpitalne**• Sterowanie pilotem w 4 pozycjach (góra całość / dół całość / tylko głowa / tylko nogi) • Barierki opuszczane poniżej ramy leża • Wysięgik z uchwytem dla pacjenta• Możliwość ustawienia pozycji anty – Trendelenburga, pomocnej w fazie wczesnej pionizacji Zawieszenia leża na minimalnej wysokości 33 cm. Dane techniczne:• Wymiary wewnętrzne łóżka (materaca): 90 x 200 cm• Wymiary zewnętrzne łóżka: max 105 x 220 cm• Zakres regulacji wysokości łoża: 33 - 80 cm • Kąt nachylenia zagłówka do 83 stopni• Kąt nachylenia sekcji udowej do 20 stopni• Maksymalna waga pacjenta: co najmniej 145 kg• Maksymalny udźwg całkowity : co najmniej 175 kg• Wysokość zabezpieczenia barierkami: min. 38 cm• Łóżko wykonane z materiału odpornego na mycie i dezynfekcję W komplecie (złożone na stojaku transportowym):• Łóżko pielęgnacyjne • Wysięgnik z uchwytem• Barierki zabezpieczające• materac piankowy dopasowany do łoży łóżka, minimalna grubość materaca: 10 cm | TAK |  |

**Oferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania wynikające z ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 186 ze zm.) i został dopuszczony do obrotu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.**

**Oferowany przedmiot zamówienia posiada Deklarację Zgodności.**

**Sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.**

*Miejscowość, dnia ………………………………….*

……………………………………………………………………………………

podpis elektroniczny kwalifikowany

lub podpis zaufany lub osobisty

osoby/-ób uprawnionej/-ych

do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika

**Część 10**

|  |
| --- |
| Sprzęt fabrycznie nowy, nie rekondycjonowany, nie powystawowy, Rok produkcji nie starszy niż 2021r. Nazwa handlowa …………………………………………………………………….…….(uzupełnić)Model lub typ …………………………………………………… (uzupełnić) Producent …………………………………………………… (uzupełnić) |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***Liczba szt.*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość netto*** | ***Stawka podatku VAT***  | ***Wartość brutto*** |
| **Kozetka** | **3** | **…….zł** | **…….. zł** | **..… %** | **…… zł** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr części zamówienia | **Opis parametru** | **Wartość graniczna / wymagana** | **Uwagi** |
| 1 | **2** | 3 | 4 |
| **Część 10** | **Kozetka** Regulowany podgłówek i szeroki blat. Jedna z nóg kozetki jest wykręcana, co pozwala na jej poziomowanie na nierównej powierzchni. Konstrukcja wykonana ze stali (pokrytej farbą odporną na zmywanie i dezynfekcję). Blat obszyty materiałem skóropodobnym lub winylowym odpornym na zmywanie i dezynfekcję.DANE TECHNICZNE:Długość: 195 cm +5 cmSzerokość: 70 cm +2 cmWysokość: możliwość regulacji min. 55 cm - 75 cmRegulacja kąta nachylenia zagłówka: od -60 ° do +45 °Dopuszczalne obciążenie: co najmniej 200 kg | TAK |  |

**Oferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania wynikające z ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 186 ze zm.) i został dopuszczony do obrotu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.**

**Oferowany przedmiot zamówienia posiada Deklarację Zgodności.**

**Sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.**

*Miejscowość, dnia ………………………………….*

……………………………………………………………………………………

podpis elektroniczny kwalifikowany

lub podpis zaufany lub osobisty

osoby/-ób uprawnionej/-ych

do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika

**Część 11**

|  |
| --- |
| Sprzęt fabrycznie nowy, nie rekondycjonowany, nie powystawowy, Rok produkcji nie starszy niż 2021r. Nazwa handlowa …………………………………………………………………….…….(uzupełnić)Model lub typ …………………………………………………… (uzupełnić) Producent …………………………………………………… (uzupełnić) |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***Liczba szt.*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość netto*** | ***Stawka podatku VAT***  | ***Wartość brutto*** |
| **UGUL – kabina do ćwiczeń i zawieszeń z przewieszką i drabinką ze sprzętem**  | **1** | **…….zł** | **…….. zł** | **..… %** | **…… zł** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr części zamówienia | **Opis parametru** | **Wartość graniczna / wymagana** | **Uwagi** |
| 1 | **2** | 3 | 4 |
| **Część 11** | **UGUL – kabina do ćwiczeń i zawieszeń z przewieszką i drabinką ze sprzętem** Kabina UGUL do ćwiczeń i zawieszeń przeznaczona jest do stosowania w kinezyterapii indywidualnej z kilkoma pacjentami równocześnie. Stosuje się w niej zawieszenia całkowite, ćwiczenia czynne w odciążeniu oraz czynne z oporem i z zastosowaniem systemu bloczkowo-ciężarkowego. Istnieje możliwość zastosowania wyciągu do pozycji Perschl'a. Konstrukcja stalowa pokryta farbą odporną na zmywanie i dezynfekcję. Dane techniczne:- Długość: 200 cm +-5 cm- Szerokość: 200 cm +-5 cm - Wysokość: 203 cm +-5 cm Osprzęt umożliwia podwieszenie całkowite, ćwiczenia czynne w odciążeniu oraz czynne z oporem.W skład zestawu wchodzi:Linka dł. 1600 mm 8szt.Linka dł. 960 mm 6 szt.Linka dł. 2450 mm 1 szt.Linka dł. 5720 mm 1 szt.Linka dł. 3750 mm 3 szt.Podwieszka przedr. i podudzi 420x100 4 szt.Podwieszka ud i ramion 540x135 4 szt.Podwieszka pod miednicę 730x230 2 szt.Podwieszka klatki piersiowej 675x225 1 szt.Podwieszka pod głowę 150x530 1 szt.Podwieszka stóp 75x610 4 szt.Podwieszka dwustawowa (Pelota 160x80 pas 40x135) 4 szt.Pas do wyciągu za miednicę 1330x170 1 szt.Kamaszek 135x170 1 szt.Ciężarek miękki 0,5 kg 2 szt.Ciężarek miękki 1,0 kg 2 szt.Ciężarek miękki 1,5 kg 2 szt.Ciężarek miękki 2,0 kg 2 szt.Ciężarek miękki 2,5 kg 2 szt.Ciężarek miękki 3,0 kg 1 szt.Esik 30 szt. | TAK |  |

**Oferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania wynikające z ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 186 ze zm.) i został dopuszczony do obrotu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.**

**Oferowany przedmiot zamówienia posiada Deklarację Zgodności.**

**Sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.**

*Miejscowość, dnia ………………………………….*

……………………………………………………………………………………

podpis elektroniczny kwalifikowany

lub podpis zaufany lub osobisty

osoby/-ób uprawnionej/-ych

do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika

**Część 12**

|  |
| --- |
| Sprzęt fabrycznie nowy, nie rekondycjonowany, nie powystawowy, Rok produkcji nie starszy niż 2021r. Nazwa handlowa …………………………………………………………………….…….(uzupełnić)Model lub typ …………………………………………………… (uzupełnić) Producent …………………………………………………… (uzupełnić) |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***Liczba szt.*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość netto*** | ***Stawka podatku VAT***  | ***Wartość brutto*** |
| **Stół regulowany elektrycznie do ćwiczeń metoda Bobath i Vojta**  | **1** | **…….zł** | **…….. zł** | **..… %** | **…… zł** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr części zamówienia | **Opis parametru** | **Wartość graniczna / wymagana** | **Uwagi** |
| 1 | **2** | 3 | 4 |
| **Część 12** | **Stół regulowany elektrycznie do ćwiczeń metoda Bobath i Vojta** Stół rehabilitacyjny do terapii dzieci metodą Bobath lub Vojty. Stabilna konstrukcja. Stół regulowany jest elektrycznie za pomocą pilota ręcznego. Szerokości stołu 90 cm (+-5cm). Leże stołu wypełnione pianką o grubości min. 5 cm.• pilot ręczny do regulacji wysokości• obciążenie maksymalne do co najmniej 160 kg• wycięcie na twarz z zatyczką • uchwyty na pasy stabilizacyjne• wykonanie z materiału odpornego na mycie i dezynfekcję | TAK |  |

**Oferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania wynikające z ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 186 ze zm.) i został dopuszczony do obrotu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.**

**Oferowany przedmiot zamówienia posiada Deklarację Zgodności.**

**Sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.**

*Miejscowość, dnia ………………………………….*

……………………………………………………………………………………

podpis elektroniczny kwalifikowany

lub podpis zaufany lub osobisty

osoby/-ób uprawnionej/-ych

do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika

**Część 13**

|  |
| --- |
| Sprzęt fabrycznie nowy, nie rekondycjonowany, nie powystawowy, Rok produkcji nie starszy niż 2021r. Nazwa handlowa …………………………………………………………………….…….(uzupełnić)Model lub typ …………………………………………………… (uzupełnić) Producent …………………………………………………… (uzupełnić) |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***Liczba szt.*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość netto*** | ***Stawka podatku VAT***  | ***Wartość brutto*** |
| **Stół rehabilitacyjny z hydrauliczną zmianą wysokości** | **1** | **…….zł** | **…….. zł** | **..… %** | **…… zł** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr części zamówienia | **Opis parametru** | **Wartość graniczna / wymagana** | **Uwagi** |
| 1 | **2** | 3 | 4 |
| **Część 13** | **Stół rehabilitacyjny z hydrauliczną zmianą wysokości**Stół rehabilitacyjny 2 sekcyjny z hydrauliczną zmianą wysokości leżyska.Unoszony siłownikiem hydraulicznym sterowany dźwigniami nożnymi po obu stronach stołu na wysokość od 45 do 95 cm  Kąt pochylenia zagłówka regulowany za pomocą sprężyny gazowej od – 80 stopni do +45 stopni. Wyposażenie: • Leżysko dwusegmentowe• Otwór w zagłówku • Zagłówek regulowany przy pomocy sprężyny gazowej• Wysokość regulowana hydraulicznie za pomocą pedału nożnego umieszczonego po dwóch stornach stołu 45- 95 cm• Długość 195 cm• Szerokość 68 cm• Konstrukcja i tapicerka wykonanie z materiału odpornego na mycie i dezynfekcję  | TAK |  |

**Oferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania wynikające z ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 186 ze zm.) i został dopuszczony do obrotu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.**

**Oferowany przedmiot zamówienia posiada Deklarację Zgodności.**

**Sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.**

*Miejscowość, dnia ………………………………….*

……………………………………………………………………………………

podpis elektroniczny kwalifikowany

lub podpis zaufany lub osobisty

osoby/-ób uprawnionej/-ych

do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika

**Część 14**

|  |
| --- |
| Sprzęt fabrycznie nowy, nie rekondycjonowany, nie powystawowy, Rok produkcji nie starszy niż 2021r. Nazwa handlowa …………………………………………………………………….…….(uzupełnić)Model lub typ …………………………………………………… (uzupełnić) Producent …………………………………………………… (uzupełnić) |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***Liczba szt.*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość netto*** | ***Stawka podatku VAT***  | ***Wartość brutto*** |
| **Stół pionizacyjny** | **1** | **…….zł** | **…….. zł** | **..… %** | **…… zł** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr części zamówienia | **Opis parametru** | **Wartość graniczna / wymagana** | **Uwagi** |
| 1 | **2** | 3 | 4 |
| **Część 14** | **Stół pionizacyjny**Stała wysokość leżyska, jednosegmentowy blat stołu. Zmiana kąta pochylenia leżyska przy pomocy siłownika elektrycznego, sterowanego pilotem ręcznym. Wyposażenie standardowe: 3 płócienne pasy stabilizujące (klatka piersiowa, biodra, nogi), na szynach zamontowane są uchwyty. Wykonanie z materiału odpornego na mycie i dezynfekcję.Dane techniczne:• leżysko (1500 – 2100) x 750 mm; +50mm• wysokość stołu min. 720 mm• kąt pochylenia leżyska 0 ÷ 90 stopni• dopuszczalne obciążenie co najmniej 200 kg• masa max. 70 kg. | TAK |  |

**Oferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania wynikające z ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 186 ze zm.) i został dopuszczony do obrotu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.**

**Oferowany przedmiot zamówienia posiada Deklarację Zgodności.**

**Sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.**

*Miejscowość, dnia ………………………………….*

……………………………………………………………………………………

podpis elektroniczny kwalifikowany

lub podpis zaufany lub osobisty

osoby/-ób uprawnionej/-ych

do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika

**Część 15**

|  |
| --- |
| Sprzęt fabrycznie nowy, nie rekondycjonowany, nie powystawowy, Rok produkcji nie starszy niż 2021r. Nazwa handlowa …………………………………………………………………….…….(uzupełnić)Model lub typ …………………………………………………… (uzupełnić) Producent …………………………………………………… (uzupełnić) |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***Liczba szt.*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość netto*** | ***Stawka podatku VAT***  | ***Wartość brutto*** |
| **Rotor do ćwiczeń czynnych i biernych rąk i nóg** | **1** | **…….zł** | **…….. zł** | **..… %** | **…… zł** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr części zamówienia | **Opis parametru** | **Wartość graniczna / wymagana** | **Uwagi** |
| 1 | **2** | 3 | 4 |
| **Część 15** | **Rotor do ćwiczeń czynnych i biernych rąk i nóg** Rotor posiada manualną regulację obciążenia oraz ekran LCD pokazujący czas, pokonany dystans i ilość spalonych kalorii. Przeznaczony do ćwiczeń czynnych kończyn górnych oraz dolnych. Zestaw zawiera: mata antypoślizgowa, uchwyty do ćwiczeń rąk oraz pedały na stopy.Waga max. 10 kgWymiary 50x46x38 cm (+-5cm)             | TAK |  |

**Oferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania wynikające z ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 186 ze zm.) i został dopuszczony do obrotu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.**

**Oferowany przedmiot zamówienia posiada Deklarację Zgodności.**

**Sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.**

*Miejscowość, dnia ………………………………….*

……………………………………………………………………………………

podpis elektroniczny kwalifikowany

lub podpis zaufany lub osobisty

osoby/-ób uprawnionej/-ych

do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika

**Część 16**

|  |
| --- |
| Sprzęt fabrycznie nowy, nie rekondycjonowany, nie powystawowy, Rok produkcji nie starszy niż 2021r. Nazwa handlowa …………………………………………………………………….…….(uzupełnić)Model lub typ …………………………………………………… (uzupełnić) Producent …………………………………………………… (uzupełnić) |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***Liczba szt.*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość netto*** | ***Stawka podatku VAT***  | ***Wartość brutto*** |
| **Zestaw do terapii metodą integracji sensorycznej** | **1** | **…….zł** | **…….. zł** | **..… %** | **…… zł** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr części zamówienia | **Opis parametru** | **Wartość graniczna / wymagana** | **Uwagi** |
| 1 | **2** | 3 | 4 |
| **Część 16** | **Zestaw do terapii metodą integracji sensorycznej**Zestaw do terapii metodą integracji sensorycznej jest zbiorem urządzeń i przyrządów zapewniających terapeucie stworzenie środowiska do skutecznej terapii.Zawartość pakietu:• zawieszenie z zawiesiami (min. 6 haków) • platforma wisząca - PW-1,• huśtawka terapeutyczna HT-1,• huśtawka "T" HTT-1,• konik KN - 1,• hamak terapeutyczny HK-1,• helikopter HR-1,• deska do ćwiczeń równoważnych RW-1,• deska rotacyjna DR-1,• trampolina TP-1,• deskorolka DK-1,• beczka BA-1,• materace składane - MRS-01 - 3 szt.,• klin KR-30,• gruszka rehabilitacyjna GR-1,• piłki do stymulacji sensoryczne - 5 szt.,• piłki gimnastyczne - 2 szt.Długość: 292 cm +-15cmWysokość 242 cm +-15cmSzerokość 352 cm +-15cm | TAK |  |

**Oferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania wynikające z ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 186 ze zm.) i został dopuszczony do obrotu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.**

**Oferowany przedmiot zamówienia posiada Deklarację Zgodności.**

**Sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.**

*Miejscowość, dnia ………………………………….*

……………………………………………………………………………………

podpis elektroniczny kwalifikowany

lub podpis zaufany lub osobisty

osoby/-ób uprawnionej/-ych

do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika

**Część 17**

|  |
| --- |
| Sprzęt fabrycznie nowy, nie rekondycjonowany, nie powystawowy, Rok produkcji nie starszy niż 2021r. Nazwa handlowa …………………………………………………………………….…….(uzupełnić)Model lub typ …………………………………………………… (uzupełnić) Producent …………………………………………………… (uzupełnić) |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***Liczba szt.*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość netto*** | ***Stawka podatku VAT***  | ***Wartość brutto*** |
| **Materac rehabilitacyjny jednoczęściowy** | **5** | **…….zł** | **…….. zł** | **..… %** | **…… zł** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr części zamówienia | **Opis parametru** | **Wartość graniczna / wymagana** | **Uwagi** |
| 1 | **2** | 3 | 4 |
| **Część 17** | **Materac rehabilitacyjny jednoczęściowy** materac Pokrowiec: materiał z powłoką PCV przeznaczony dla wyrobów medycznych, dzięki czemu jest łatwy w czyszczeniu oraz dezynfekcji:• nie zawiera ftalanów• ognioodporny• odporny na płyny fizjologiczne (krew, mocz, pot) oraz na alkohol• odporny na UV, przez co może być także używany na zewnątrz• odporny na zadrapania• olejoodpornyWypełnienie: średnio twarda pianka poliuretanowa o podwyższonej odporności na odkształcenia. | TAK |  |

**Oferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania wynikające z ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 186 ze zm.) i został dopuszczony do obrotu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.**

**Oferowany przedmiot zamówienia posiada Deklarację Zgodności.**

**Sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.**

*Miejscowość, dnia ………………………………….*

……………………………………………………………………………………

podpis elektroniczny kwalifikowany

lub podpis zaufany lub osobisty

osoby/-ób uprawnionej/-ych

do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika

**Część 18**

|  |
| --- |
| Sprzęt fabrycznie nowy, nie rekondycjonowany, nie powystawowy, Rok produkcji nie starszy niż 2021r. Nazwa handlowa …………………………………………………………………….…….(uzupełnić)Model lub typ …………………………………………………… (uzupełnić) Producent …………………………………………………… (uzupełnić) |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***Liczba szt.*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość netto*** | ***Stawka podatku VAT***  | ***Wartość brutto*** |
| **Materac rehabilitacyjny składany** | **3** | **…….zł** | **…….. zł** | **..… %** | **…… zł** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr części zamówienia | **Opis parametru** | **Wartość graniczna / wymagana** | **Uwagi** |
| 1 | **2** | 3 | 4 |
| **Część 18** | **Materac rehabilitacyjny składany** Materac rehabilitacyjny 3-częściowy - składany z uchwytami.Materiał z którego została wykonana mata jest rozciągliwy, odporny na odkształcenia, z pianki oraz wytrzymały. Powierzchnia zewnętrzna wykonana z materiału odpornego na mycie i dezynfekcję.Wymiary: 5-7 cm Szerokość: 85-88 cmDługość: 195-200 cm | TAK |  |

**Oferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania wynikające z ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 186 ze zm.) i został dopuszczony do obrotu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.**

**Oferowany przedmiot zamówienia posiada Deklarację Zgodności.**

**Sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.**

*Miejscowość, dnia ………………………………….*

……………………………………………………………………………………

podpis elektroniczny kwalifikowany

lub podpis zaufany lub osobisty

osoby/-ób uprawnionej/-ych

do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika

**Część 19**

|  |
| --- |
| Sprzęt fabrycznie nowy, nie rekondycjonowany, nie powystawowy, Rok produkcji nie starszy niż 2021r. Nazwa handlowa …………………………………………………………………….…….(uzupełnić)Model lub typ …………………………………………………… (uzupełnić) Producent …………………………………………………… (uzupełnić) |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***Liczba szt.*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość netto*** | ***Stawka podatku VAT***  | ***Wartość brutto*** |
| **Podnośnik transportowo - kąpielowy**  | **4** | **…….zł** | **…….. zł** | **..… %** | **…… zł** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr części zamówienia | **Opis parametru** | **Wartość graniczna / wymagana** | **Uwagi** |
| 1 | **2** | 3 | 4 |
| **Część 19** | **Podnośnik transportowo - kąpielowy** Cechy produktu:• Solidna konstrukcja umożliwiająca udźwig co najmniej do 150 kg • W komplecie 3 nosidła (siedziska),• Nosidło M (40-90kg ), L ( 70-120 kg), XL (100-200 kg)• Podnośnik działa automatycznie sterowany za pomocą na pilota,• Konstrukcja umożliwia łatwe i szybkie składanie do transportu bez używania jakichkolwiek narzędzi,• Wyposażony w 4 kółka z czego 2 z blokadą,• Rama jezdna jest ruchoma i umożliwia płynną regulację rozstawu dla osiągnięcia maksymalnej stabilności.• Podnośnik wyposażony w przycisk awaryjny.• Zawieszka z zagłówkiem wykonana z trwałego materiału przepuszczającego wodę - szybkoschnący.• Konstrukcja podnośnika umożliwia podnoszenie pacjentów np z łóżka, z wózka. | TAK |  |

**Oferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania wynikające z ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 186 ze zm.) i został dopuszczony do obrotu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.**

**Oferowany przedmiot zamówienia posiada Deklarację Zgodności.**

**Sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.**

*Miejscowość, dnia ………………………………….*

……………………………………………………………………………………

podpis elektroniczny kwalifikowany

lub podpis zaufany lub osobisty

osoby/-ób uprawnionej/-ych

do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika