| ***L.p.*** | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane** **/podać zakres lub opisać/** /  | **Punktacja dodatkowa** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Wózek do transportu chorych - 3 szt.**
 |
| 1. ***WYMAGANIA OGÓLNE***
 |
|  | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia /  | Podać |  | Bez punktacji |
|  | Wyrób fabrycznie nowy z 2022 roku  | Tak Podać |  | Bez punktacji |
|  | Deklaracja zgodności, znak CE na wyrobie medycznym | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Wózek do transportu chorych z możliwością wykorzystania go jako **dzienne łóżko dla pacjenta**. | TAK  |  | Bez punktacji |
|  | Szerokość całkowita wózka z poręczami bocznymi: min. 830 mm - max. 900 mm | TAK, podać |  | Bez punktacji  |
|  | Długość całkowita: 2150 mm (± 50 mm) | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Leże czterosegmentowe z czego trzy segmenty ruchomewypełnione płytą tworzywową HPL przezierną dla promieni RTG | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Wysokość regulowana leża (bez materaca) nożnie za pomocą pompy hydraulicznej w zakresie od położenia najniższego leża do najwyższego min. 32 cm : minimalna wysokość leża od posadzki 500 mm (±30 mm )  | TAK, podaćMinimalna wysokość leża [mm],Zakres regulacji wysokości [cm] |  | Bez punktacji  |
|  | Regulacja wysokości leża za pomocą pedałów umieszczonych z boku wózka | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Wymiary materaca : szerokość min. 685 mm - max. 700 mm ; długość min. 1985 mm - max. 2000 mm.  | TAK, podać |  | Bez punktacji  |
|  | Konstrukcja wózka wykonana z profili stalowych, lakierowanych proszkowo, odporna na środki dezynfekcyjne. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Podstawa wózka obudowana wypraskami z tworzywa ABS posiadająca miejsce na min. 2 litrową butlę z tlenem oraz pasy mocujące butlę  | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Pozycja Trendelenburga : regulacja płynnaw zakresie: 0°÷15° (±3°) | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Pozycja anty-Trendelenburga : regulacja płynna w zakresie: 0°÷15° (±3°) | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Ruchomy segment oparcia pleców regulowany w zakresie: min. 0÷70°– regulacja płynna | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Ruchomy segment uda regulowany - regulacja płynna w zakresie od 0° do (min. 30° ÷ max. 45°) | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Dźwignia regulacji przechyłów wzdłużnych dostępna zarówno od strony wezgłowia jak i od strony nóg . | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Pod leżem w segmencie oparcia pleców prowadnica na kasetę RTG umożliwiająca jej przesunięcie  | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Konstrukcja wózka umożliwiająca wykonanie zdjęcia mobilnym aparatem przyłóżkowym RTG  | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Barierki boczne o wysokości min. 335 mm powyżej leża składające się z min 3. poziomych poprzeczek  | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Zabezpieczenie pacjenta barierkami bocznymi w sposób ciągły od szczytu wózka tj. od strony głowy w kierunku nóg na ¾ długości leża (± 5 cm) | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Szczyty wózka wyposażone zarówno od strony głowy jak i nóg w uchwyty do prowadzenia wózka. Konstrukcja pochwytu ciągła na jego długości. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Barierki boczne opuszczane wzdłuż leża za pomocą jednego oznaczonego przycisku . | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Wózek wyposażony po obu stronach pod leżem (na kierunku wzdłużnym pod barierkami) w szynę do mocowania wyposażenia dodatkowego o długości min. 510 mm  | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Wózek wyposażony (od strony głowy i od strony nóg ) na obydwu szczytach wózka w szyny ze stali nierdzewnej o długości dostosowanej do szerokości konstrukcyjnej wózka, przystosowane do zamontowania dodatkowej aparatury medycznej. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Wózek wyposażony w uchwyt do montażu prześcieradeł jednorazowego użytku | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość montażu stojaka kroplówki w 4 narożnikach leża | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Materac leża i oparcia pleców o grubości min. 10 cm**.** Obszycie wykonane z materiału nieprzemakalnego, nadającego się do dezynfekcji ogólnie dostępnymi środkami, z możliwością zdejmowania. | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Materaca mocowany na wózku w sposób uniemożliwiający samoczynne jego przesuwanie się po leżu. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Cztery pojedyncze lub podwójne antystatyczne koła jezdne średnicy min. 150 mm blokowane centralnie, w tym jedno z blokadą kierunkową  | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Dźwignia blokady centralnej dostępna przy każdym kole. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Powierzchnie wózka odporne na środki dezynfekcyjne | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Wózek wyposażony w minimum 4 krążki odbojowe w czterech narożach wózka.  | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Zabezpieczenie boków wózka za pomocą dwóch dodatkowych krążków odbojowych umieszczonych na jego dłuższych bokach (po jednym na każdą stronę) lub za pomocą listew odbojowych umieszczonych na całej długości boku  | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Bezpieczne obciążenie robocze wózka min. 200 kg  | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Pokrowiec materaca w jednym ze wskazanych kolorów: (pomarańczowym, czarnym, szarym, stalowym, granatowym lub kremowym). Rama w kolorze : szarym, popielatym lub białym.  | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Wyposażenie wózka:- barierki boczne- prowadnica na kasetę RTG- stojak na kroplówki teleskopowy z wieszakiem na kroplówki (4 haczyki)- materac w pokrowcu - uchwyt na rolkę prześcieradła papierowego- taca na posiłki z możliwością montażu na barierkach | TAK |  | Bez punktacji |
|  **Inne**  |
|  | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 miesiące) | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Autoryzowany Serwis Producenta(nazwa i adres) | TAK  |  | Bez punktacji |
|  | Deklaracja zgodności, oznaczenie znakiem CE na wyrobie medycznym oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowane urządzenie medyczne jest dopuszczone do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r. (Dz. U. 2020 r., poz. 186 t.j.)  | TAK |  | Bez punktacji |
|  | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  | Bez punktacji |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat przeglądówtechnicznych zgodnie z wymaganiami /zaleceniami producenta, potwierdzane protokołem przeglądu lub certyfikatem  | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  | Bez punktacji |