Pakiet nr 1 – zakup wraz z dostawą 2 sztuk foteli ginekologicznych na potrzeby Poradni Ginekologiczno-Położniczej o następujących parametrach:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Wymagania Zamawiającego | Parametr wymagany: | Odpowiedź Wykonawcy |
| 1 | Nazwa fotela/model/nr katalogowy | Podać |  |
| 2 | Producent | Podać |  |
| 3 | Kraj produkcji | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji | 2015 |  |
| 5 | Produkt fabrycznie nowy | Podać |  |
| 6 | Dokument potwierdzający dopuszczenie do obrotu | Podać, dołączyć do oferty |  |
| 7 | Szerokość fotela: 640-660 mm | TAK |  |
| 8 | Długość fotela 1300-1400 mm | TAK |  |
| 9 | Długość z podporą nóg 1750-1800 mm | TAK |  |
| 10 | Wysokość – 870 mm | TAK |  |
| 11 | Kąt przechyłu anty-trendelenburga 0-14° | TAK |  |
| 12 | Kąt przechyłu Trendelenburga 0-24° | TAK |  |
| 13 | Kąt odchylenia oparcia pleców 0-75° | TAK |  |
| 14 | Kolor tapicerki: żółty | TAK |  |
| 15 | Zasilanie elektryczne 1-faz | TAK |  |
| 16 | Podkolannik – 2 szt | TAK |  |
| 17 | Uchwyt ręki – 2 szt | TAK |  |
| 18 | Pojemnik ze stali nierdzewnej – 1 szt | TAK |  |
| 19 | Zacisk – 4 szt | TAK |  |
| 20 | Podpora stopy – 2 szt | TAK |  |
| 21 | Podpora nóg dla uzyskania pozycji leżącej – 1 szt | TAK |  |
| 22 | Podpora ręki – 1 szt | TAK |  |
| 23 | Wieszak kroplówki – 1 szt | TAK |  |
| 24 | Konstrukcja wykonana z profili stalowych pokrytych lakierem proszkowym | TAK |  |
| 25 | Segmenty łoża tapicerowane bezszwowo | TAK |  |
| 26 | Szyny do montażu osprzętu dodatkowego wykonane ze stali nierdzewnej | TAK |  |
| 27 | Uzyskiwanie pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga pozycji leżącej przy pomocy siłowników elektrycznych sterowanych z panela nożnego | TAK |  |
| 28 | Stała wysokość siedziska | TAK |  |
| 29 | W podstawie fotela składany podest | TAK |  |
| 30 | Okres gwarancji – min. 24 miesiące od daty przekazania | TAK |  |
| 31 | Przeglądy okresowe bezpłatne w trakcie gwarancji minimum raz w roku | TAK |  |

Data ……………………………… ………………………………

Podpis i pieczęć Wykonawcy

Pakiet nr 2 – zakup wraz z dostawą 2 sztuk taboretów do foteli ginekologicznych na potrzeby Poradni Ginekologiczno-Położniczej o następujących parametrach:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Wymagania Zamawiającego | Parametr wymagany: | Odpowiedź Wykonawcy |
| 1 | Nazwa taboretu/model/nr katalogowy | Podać |  |
| 2 | Producent | Podać |  |
| 3 | Kraj produkcji | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji | 2015 |  |
| 5 | Produkt fabrycznie nowy | Podać |  |
| 6 | Dokument potwierdzający dopuszczenie do obrotu | Podać, dołączyć do oferty |  |
| 1 | Taboret tapicerowany | TAK |  |
| 2 | Regulacja wysokości na śrubie | TAK |  |
| 3 | Taboret w kolorze żółtym | TAK |  |
| 4 | Okres gwarancji – min. 24 miesiące od daty przekazania | TAK |  |

Data ……………………………… ………………………………

Podpis i pieczęć Wykonawcy