ZADANIE nr 3 – załącznik do SWZ

Wózek transportowy dla pacjenta w pozycji leżącej 1 szt.

Producent oraz model/typ……………………………………………………………………………

Rok produkcji: …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Opis parametru** | **Parametr wymagany** | | **PARAMETRY OFEROWANE** | | |
| **(proszę opisać) \*** | | |
| Długość całkowita wózka maks. 2108 mm | TAK | |  | | |
| Długość składanych wzdłuż leża poręczy bocznych zabezpieczających pacjenta w pozycji leżącej i siedzącej min. 1194 mm | TAK | |  | | |
| Barierki z przerwą od strony głowy pacjenta | TAK | |  | | |
| Szerokość całkowita przy podniesionych barierkach 810 mm +/- 5 mm | TAK | |  | | |
| Wysokość minimalna leża mierzona od podłoża do górnej płaszczyzny leża z materacem maks. 597 mm | TAK | |  | | |
| Wysokość maksymalna leża mierzona od podłoża do górnej płaszczyzny leża z materacem min. 945 mm | TAK | |  | | |
| Konstrukcja wózka wykonana ze stali węglowej lakierowanej proszkowo oparta na kolumnach. Leże podzielone na 2 segmenty wypełnione płytami. Podwozie zabudowane pokrywą tworzywa sztucznego. | TAK | |  | | |
| Manualna regulacja segmentu oparcia pleców wspomagana sprężyną gazową | TAK | |  | | |
| Zakres regulacji kąta nachylenia segmentu oparcia pleców w stosunku do poziomu ramy leża 0°-90° | TAK | |  | | |
| Hydrauliczna regulacja pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga dostępna obustronnych dźwigni nożnych z wyraźnym oznaczeniem realizowanej funkcji. | TAK | |  | | |
| Zakres regulacji pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga min. -18°-+18 | TAK | |  | | |
| Obustronny nożny pedał do hydraulicznej regulacji wysokości bez użycia rąk z wyraźnym oznaczeniem realizowanej funkcji. | TAK | |  | | |
| Centralna podwójna jednoczesna blokada wszystkich kół co do obrotu i toczenia przy użyciu dźwigni nożnej | TAK | |  | | |
| Dźwignie blokady z wyraźnym zaznaczeniem kolorem pozycji zablokowanych hamulców oraz funkcji jazdy na wprost zlokalizowane w szczytach wózka | TAK | |  | | |
| Nośność maksymalna min. 317,5 kg. | TAK | |  | | |
| Średnica kół jezdnych z bieżnią przeciwpoślizgową bez widocznej metalowej osi obrotu min. 203 mm | TAK | |  | | |
| Materac piankowy dostosowany do wymiarów leża, niepalny, wodoszczelny, o wysokości min. 76 mm i szerokości min. 660 mm, maks. waga 5,9 kg | TAK | |  | | |
| Długość materaca min. 1905 mm | TAK | |  | | |
| Ergonomiczne, składane pod leże uchwyty prowadzące od strony głowy i nóg Pacjenta | TAK | |  | | |
| Statyw infuzyjny z regulacją wysokości, 2 haki | TAK | |  | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
| WARUNKI GWARANCJI  Ilość przeglądów zalecanych przez producenta sprzętu w okresie gwarancji Przeglądy zgodnie z dokumentacją producenta dokonywane na koszt Wykonawcy po uprzednim uzgodnieniu terminu z Zamawiającym | | Tak (podać) | |  |
| Okres gwarancji min. 24 | | Tak (podać) | |  |

**Zamawiający wymaga złożenia wraz z ofertą następujących przedmiotowych środków dowodowych**:

1. Deklarację zgodności producenta (dotyczy wyrobów medycznych).
2. Certyfikat Jednostki Notyfikowanej (dotyczy klasy wyrobu medycznego: I sterylna, I z funkcją pomiarową, II a, II b, III.)
3. Wpis/powiadomienie/zgłoszenie do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych zgodnie z art. 58 ustawy o Wyrobach Medycznych z dnia 20 maja 2010 r. (Dz. U. Nr 107, poz. 679 z 2010 r. z późniejszymi zmianami).
4. Materiały opisowe pochodzące od producenta takie jak: oryginalne ulotki/ katalogi/opisy przedmiotu zamówienia/dokumentacja techniczna oferowanego sprzętu, instrukcję obsługi w języku polskim potwierdzające wymagane parametry - pełna informacja.
5. Instrukcja obsługi w języku polskim

**Oświadczam, że urządzenie jest zgodne z opisem i posiada wymagane certyfikaty   
i dopuszczenia do stosowania.**

................................................................................. (data i podpis wykonawcy)