**Zadanie dofinansowane z budżetu Państwa - dotacja celowa na zadanie własne z zakresu ochrony ludności i obrony cywilnej ujęte w kluczowych obszarach działania w ramach *Programu Ochrony Ludności i Obrony Cywilnej na lata 2025-2026***

Załącznik nr 2/1

SPZOZ.DŚM-ZP.240.26.2025

**Nazwa zadania:** Zakup wózka transportowego leżącego, Zakup respiratora, Zakup schodołazu krzesełkowego

w ramach zadania: Uzupełnienie zasobów i infrastruktury niezbędnej do realizacji zadań OL i OC – urządzenia medyczne, w tym diagnostyczne z przeznaczeniem dla SPZOZ w Kole

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**WÓZEK TRANSPORTOWY LEŻĄCY – 1 SZT.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dane urządzenia** | | | |
| **MODEL** | | **Podać** |  |
| **Nazwa producenta/kraj pochodzenia** | | **Podać** |  |
| **Lp** | **Parametry wymagane** | **Wymaganie** | **Parametry oferowane (proszę zaznaczyć TAK/NIE lub opisać)** |
| **Specyfikacja** | | | |
|  | Bezpieczne obciążenie robocze  250-270 kg | TAK, podać |  |
|  | Regulacja wysokości w zakresach: 600 – 800 mm | TAK, podać |  |
|  | Wymiary całkowite:  Szerokość 760 – 780 mm  Długość 2100 – 2200 mm | TAK, podać |  |
|  | Poz.Trendelenburga/anty- Trendeleburga  min ±16 ° | TAK, podać |  |
|  | Poręcze boczne składane pod leże | TAK, |  |
|  | Regulacja leża – leże dwusegmentowe | TAK |  |
|  | Leże przezierne dla promieni RTG | TAK |  |
| **Wyposażenie podstawowe** | | | |
| 1 | Piąte koło ułatwiające sterowanie wózkiem | TAK |  |
| 4 | 4 zintegrowane gniazd na statywy infuzyjne | TAK |  |
| 5 | Mechanizm blokady centralnej | TAK |  |
| **Wyposażenie dodatkowe** | | | |
|  | Opcje składanego uchwytu do prowadzenia | TAK |  |
|  | Pasy do unieruchamiania pacjenta | TAK |  |
|  | Pionowy uchwyt na butle tlenową | TAK |  |
|  | Półka na defibrylator z uchwytem na kartę pacjenta | TAK |  |
|  | Uchwyt na papier | TAK |  |
|  | **Inne wymagania i warunki gwarancji** |  |  |
|  | Okres gwarancji min. 24 miesiące – licząc od dnia przekazania aparatu do eksploatacji | Tak, podać |  |
|  | Dostawa wraz z montażem, uruchomieniem i przeszkoleniem personelu – bez dodatkowych opłat | TAK |  |
|  | Certyfikaty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie UE i Polski, tj.:  - Certyfikat CE/ Deklaracja Zgodności  - Potwierdzenie / Zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych | Tak, proszę załączyć do oferty |  |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów w okresie gwarancji | Minimum 1 na 12 miesięcy – chyba , że producent zaleca inaczej |  |
|  | Najbliższy punkt serwisowy obsługujący sprzęt medyczny | Proszę podać |  |

* + - 1. Parametry podane w powyższych tabelach w rubryce „Parametry wymagane” stanowią warunek, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. W kolumnie „Parametry oferowane” należy wpisać TAK lub opisać parametr oferowany. Brak opisu w tej kolumnie będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanym urządzeniu.
      2. Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatków zakupów inwestycyjnych.
      3. Zamawiający dopuszcza rozwiązania równoważne zgodnie z opisem w dziale III Opis przedmiotu zamówienia SWZ.

Data: ……………………………………… ……….………………………………

/Podpis /