|  |
| --- |
| ***Załącznik nr 1A do SWZ OPZ*** |
| **OŚWIADCZENIE O WYMAGANYCH PARAMETRACH TECHNICZNYCH**  **– SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**OŚWIADCZAMY, ŻE OFERUJEMY:**

Niespełnienie co najmniej jednego z postawionych poniżej wymagań co do ich wartości minimalnych spowoduje odrzucenie oferty.

***Kolumnę 3 i 4 wypełnia Wykonawca.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.2 Szatnia męska - Szafka socjalna metalowa malowana proszkowo z ławką 4 drzwiowa – 8 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: .......................................**  **Producent: .........................................................................**  **Kraj produkcji: ...................................................................**  **Rok produkcji: ...................................................................** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 roku, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Szafa przeznaczona do przechowywania odzieży i rzeczy osobistych pracowników. Wykonana z blachy stalowej malowanej proszkowo. Każdy moduł szafy posiada dwie komory w układzie L umożliwiające oddzielne przechowywanie odzieży czystej i brudnej. Drzwi wyposażone w wywietrzniki oraz miejsce na identyfikator. Szafa posiada siedzisko (ławka) z listwami z drewna lakierowanego oraz konstrukcję umożliwiającą przysiadanie i wygodne korzystanie z szafki. Szafa zamykana na zamek cylindryczny z dwoma kluczami. Nogi zakończone stopkami z tworzywa. | Tak, podać |  |
|  | **Wymiary całkowite (+/- 50 mm):**   * wysokość: 2080 mm * szerokość: 1200 mm * głębokość: 800 mm | Tak, podać |  |
|  | Szafa dostarczona w całości, gotowa do użytkowania | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji : |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.3 Szatnia damska - Szafka socjalna metalowa malowana proszkowo z ławką 4 drzwiowa – 16 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Szafa przeznaczona do przechowywania odzieży i rzeczy osobistych pracowników. Wykonana z blachy stalowej malowanej proszkowo. Każdy moduł szafy posiada dwie komory w układzie L umożliwiające oddzielne przechowywanie odzieży czystej i brudnej. Drzwi wyposażone w wywietrzniki oraz miejsce na identyfikator. Szafa posiada siedzisko (ławka) z listwami z drewna lakierowanego oraz konstrukcję umożliwiającą przysiadanie i wygodne korzystanie z szafki. Szafa zamykana na zamek cylindryczny z dwoma kluczami. Nogi zakończone stopkami z tworzywa. | Tak, podać |  |
|  | **Wymiary całkowite (+/- 50 mm):**   * wysokość: 2080 mm * szerokość: 1200 mm * głębokość: 800 mm | Tak, podać |  |
|  | Szafa dostarczona w całości, gotowa do użytkowania | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji : |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.12 Hol główny - Sofa – 4 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Kanapa przeznaczona do pomieszczeń wypoczynkowych, poczekalni, biur lub pokoi gościnnych. Konstrukcja solidna, wykonana z wysokiej jakości materiałów. Siedzisko i oparcie pokryte łatwą do czyszczenia ekoskórą w kolorze czarnym. Wypełnienie z miękkiej pianki zapewniającej komfort siedzenia. Kanapa wyposażona w stabilne nóżki z tworzywa, chroniące podłogę przed zarysowaniami. | Tak, podać |  |
|  | **Wymiary całkowite (+/- 50 mm):**   * szerokość: 118 cm * głębokość: 60 cm * wysokość: 70 cm * wysokość siedziska od podłogi: 37 cm | Tak, podać |  |
|  | Maksymalne obciążenie: ok. 240 kg | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/ TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji : |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.12 Hol główny - Stolik/Ława – 2 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Blat o grubości min. 36 mm zakończony okleiną min. 1 mm chyba że wymaga tego konstrukcja to zakończony okleiną min. 2 mm | Tak, podać |  |
|  | Blat o wymiarach min. 1000 mm x 1000 mm | Tak, podać |  |
|  | Wszystkie nieosłonięte krawędzie mebla zabezpieczone okleiną PCV 1 mm lub jeśli wymaga tego konstrukcja 2 mm, klejone przy użyciu technologii zawierającej mniej niz 0,1% monomerów izocyjanianowych. | Tak, podać |  |
|  | W przypadku zastosowania płyt melaminowanych o strukturze drewna, słoje powinny być ułożone wzdłuż dłuższej krawędzi. | Tak, podać |  |
|  | Kolor płyty oraz blatów dostosowany do wymagań Zamawiającego (do ustalenia po wyborze oferty). | Tak, podać |  |
|  | Konstrukcja nóg stołu wykonana z profila stalowego zamkniętego o gr. ścianki min. 3mm malowanego proszkowo, kolor do ustalenia z Zamawiającym (kolornik RAL) | Tak, podać |  |
|  | Przekrój profila konstrukcyjnego dla nóg to min. 60x40 mm | Tak, podać |  |
|  | Nogi mebla zakończone w sposób zapewniający ograniczenie możliwości rysowania podłogi | Tak, podać |  |
|  | Powierzchnia blatu mocowana z konstrukcją metalową przy pomocy min. 12 elementów łączeniowych | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji : |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.13 Kaplica - Krzesła drewniane z obiciem – 10 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Eleganckie, tradycyjne krzesło drewniane z podłokietnikami, sprawdzające się w jadalniach, stylowych restauracjach czy biurach. Solidna konstrukcja przypominająca fotel, zapewnia wysoki komfort i wytrzymałość | Tak, podać |  |
|  | Wykonane w całości z litego drewna bukowego lub dębowego, zabezpieczonego profilowaniem i wybarwieniem. | Tak, podać |  |
|  | Zastosowano technikę czopowania, klejenia oraz dodatkowe wzmocnienia (szprosy i zastrzały) – gwarancja trwałości | Tak, podać |  |
|  | Tapicerowane siedzisko i oparcie – możliwość doboru tkaniny odpornej na ścieranie (90 000 cykli Martindale’a), łatwej do czyszczenia i estetycznie spójnej z wnętrzem | Tak, podać |  |
|  | Wymiary:   * Wysokość całkowita: 89,5 cm * Wysokość do siedziska: 46 cm * Szerokość: 57,5 cm * Głębokość: 60 cm | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.15 Jadalnia - Krzesło do jadalni – 24 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | **Stelaż:** wykonany ze stalowej rury płasko‑owalnej (30 × 15 mm, 1,2–1,5 mm grubości), spawany dwustronnie, co zapewnia wyjątkową trwałość i stabilność | Tak, podać |  |
|  | **Powłoka:** malowanie proszkowe (kolor czarny, aluminium lub chrom), zabezpieczone antykorozyjnie | Tak, podać |  |
|  | Siedzisko i oparcie: na szkielecie ze sklejki bukowej (ok. 4,6 mm), pokryte pianką poliuretanową (~35 mm), zapewniającą wysoki komfort | Tak, podać |  |
|  | Tapicerka: szeroki wybór typu Skaj (ekoskóra), trudnopalne i o wysokiej trwałości (do 200 000 cykli Martindale), dostosowane do wymogów przestrzeni publicznych | Tak, podać |  |
|  | Stopki: plastikowe nakładki chroniące podłogę przed uszkodzeniem | Tak, podać |  |
|  | Wymiary i parametry użytkowe   * Wysokość całkowita: ok. 820–830 mm * Szerokość: ok. 530–540 mm * Głębokość: ok. 540–590 mm * Wysokość siedziska: 450–470 mm * Waga: 5–5,5 kg * Maks. obciążenie: 100–160 kg, zgodnie z normami bezpieczeństwa | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.15 Jadalnia - Stolik do jadalni – 6 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Blat o grubości min. 36 mm zakończony okleiną min. 1 mm chyba że wymaga tego konstrukcja to zakończony okleiną min. 2 mm | Tak, podać |  |
|  | Blat o wymiarach min. 1000 mm x 1000 mm | Tak, podać |  |
|  | Wszystkie nieosłonięte krawędzie mebla zabezpieczone okleiną PCV 1 mm lub jeśli wymaga tego konstrukcja 2 mm, klejone przy użyciu technologii zawierającej mniej niz 0,1% monomerów izocyjanianowych. | Tak, podać |  |
|  | W przypadku zastosowania płyt melaminowanych o strukturze drewna, słoje powinny być ułożone wzdłuż dłuższej krawędzi. | Tak, podać |  |
|  | Kolor płyty oraz blatów dostosowany do wymagań Zamawiającego (do ustalenia po wyborze oferty). | Tak, podać |  |
|  | Konstrukcja nóg stołu wykonana z profila stalowego zamkniętego o gr. ścianki min. 3mm malowanego proszkowo, kolor do ustalenia z Zamawiającym (kolornik RAL) | Tak, podać |  |
|  | Przekrój profila konstrukcyjnego dla nóg to min. 60x40 mm | Tak, podać |  |
|  | Nogi mebla zakończone w sposób zapewniający ograniczenie możliwości rysowania podłogi | Tak, podać |  |
|  | Powierzchnia blatu mocowana z konstrukcją metalową przy pomocy min. 12 elementów łączeniowych | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać:. |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.16 Kuchnia – Kuchenka ze stali nierdzewnej – 2 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Wolnostojąca kuchnia łącząca płytę gazową i piekarnik elektryczny, idealna do kuchni domowej, gastronomicznej lub biurowej. Stylowy front z inoxu i czarnego szkła nadaje nowoczesny charakter i ułatwia utrzymanie czystości | Tak, podać |  |
|  | Min, 4 palniki: 1 mocny 3 000 W, 2 standardowe 1 750 W, 1 oszczędny 1 000 W | Tak, podać |  |
|  | Ruszty stalowe z emalią, przystosowane do zmywarek | Tak, podać |  |
|  | Automatyczna zapalarka w pokrętłach + zabezpieczenie przeciwwypływowe gazu (przy zgaszonym płomieniu) | Tak, podać |  |
|  | Pokrywa metalowa zabezpiecza powierzchnię płyty i ułatwia utrzymanie czystości | Tak, podać |  |
|  | Piekarnik elektryczny   * Pojemność 65 l, komora pojedyncza * 8 funkcji grzania: termoobieg, grzanie góra/dół, wzmocniony opiekacz (supergrill), grill, rozmrażanie, program standardowy H+G, wentylator + grzałka górna/dolna, tryb Eco * Termoobieg zapewnia równomierne pieczenie i oszczędność energii * Drzwi z potrójnym szkłem – chłodny front podczas pracy * Wyposażenie: emaliowana blacha, kratka, szuflada na naczynia * Elektroniczny programator i cyfrowy timer ułatwiające planowanie pieczenia z precyzją * Halogenowe oświetlenie wnętrza dla optymalnego podglądu potraw * Zakres temperatur: 50–250 °C | Tak, podać |  |
|  | Wymiary i parametry techniczne   * Rozmiar: 60 × 60 × 85 cm (szer. × gł. × wys.) * Masa: około 45 kg * Zasilanie: 230 V AC, 50 Hz; gaz ziemny G20 (standard), możliwość podłączenia LPG G30 * Klasa energetyczna A – ekonomiczne i ekologiczne użytkowanie | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.16 Kuchnia – Lodówka ze stali nierdzewnej – 2 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Chłodziarko-zamrażarka wolnostojąca w kolorze (ciemna stal szczotkowana), przeznaczona do zastosowań domowych, biurowych i użytkowych. Urządzenie wyposażone w technologię typu NO FROST MULTI COOLING zapewniającą niezależne chłodzenie komory chłodziarki i zamrażarki oraz całkowicie bezobsługową pracę bez szronu i lodu. | Tak, podać |  |
|  | **Funkcje specjalne**:   * szybkie zamrażanie * ECO (tryb oszczędzania energii) * Automatyczne odszranianie obu komór * Możliwość przełożenia drzwi | Tak, podać |  |
|  | Wnętrze:   * Chłodziarka (230 l netto):   + 4 półki z bezpiecznego szkła (regulowane)   + 3 balkoniki na drzwiach   + 1 pojemnik na warzywa i owoce   + tacka na jajka   + oświetlenie LED | Tak, podać |  |
|  | Zamrażarka (101 l netto):   * 3 szuflady * tacka na lód | Tak, podać |  |
|  | Parametry techniczne:  Wysokość min. 1860 mm  Szerokość min. 595 mm  Głębokość min. 650 mm  Czynnik chłodzący R600a | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.17 Spiżarnia - Regał otwarty metalowy – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | **Stelaż**: wykonany z wysokiej jakości stali, zapewniającej stabilność i wytrzymałość całej konstrukcji | Tak, podać |  |
|  | **Półki**: z płyty HDF/MDF o grubości ok. 4 mm, zagiętych brzegach bezpieczeństwa – trwałe i bezpieczne | Tak, podać |  |
|  | Profil nóg: kwadratowy 33,6 × 33,6 mm, grubość 0,6 mm | Tak, podać |  |
|  | **Montaż**: wciskany (bez użycia narzędzi) | Tak, podać |  |
|  | **Stopki**: regulowane i stabilizujące, chroniące podłogę i wyrównujące nierówności. | Tak, podać |  |
|  | **Ochrona antykorozyjna**: wersje ocynkowane lub malowane proszkowo (różne kolory: czarny, niebieski, szary, czarny mat) | Tak, podać |  |
|  | **Wymiary i obciążalność**   * **Nośność**: 150 kg na półkę – dostosowane do ciężkich zastosowań. * **Wysokość**: standardowo 180 cm (opcjonalnie inną). * **Szerokość**: typowo 80 cm lub 90 cm (inne szerokości dostępne). * **Głębokość**: zazwyczaj 40 cm; opcjonalne głębokości do 60 cm. * **Regulacja półek**: co 25 mm umożliwia dopasowanie wysokości wnętrza | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.18 Zmywalnia – Szafa przelotowa ze stali nierdzewnej – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Szafa przelotowa ze stali nierdzewnej z drzwiami na zawiasach, model o wymiarach 1000 × 700 × 2000 mm (+/- 100mm) | Tak, podać |  |
|  | Szafa wykonana z wysokiej jakości stali nierdzewnej typ AISI 430 lub równoważnej | Tak, podać |  |
|  | Stopki regulowane +25mm | Tak, podać |  |
|  | Uchwyty w formie przetłoczeń na całej wysokości drzwi – łatwe otwieranie i czyszczenie na kuchni | Tak, podać |  |
|  | Min. cztery skrzydła drzwiowe na zawiasach | Tak, podać |  |
|  | Półki w szafie montowane na stałe | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.19 Mag. Termosów - Regał otwarty metalowy – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | **Stelaż**: wykonany z wysokiej jakości stali, zapewniającej stabilność i wytrzymałość całej konstrukcji | Tak, podać |  |
|  | **Półki**: z płyty HDF/MDF o grubości ok. 4 mm, zagiętych brzegach bezpieczeństwa – trwałe i bezpieczne | Tak, podać |  |
|  | Profil nóg: kwadratowy 33,6 × 33,6 mm, grubość 0,6 mm | Tak, podać |  |
|  | **Montaż**: wciskany (bez użycia narzędzi) | Tak, podać |  |
|  | **Stopki**: regulowane i stabilizujące, chroniące podłogę i wyrównujące nierówności. | Tak, podać |  |
|  | **Ochrona antykorozyjna**: wersje ocynkowane lub malowane proszkowo (różne kolory: czarny, niebieski, szary, czarny mat) | Tak, podać |  |
|  | **Wymiary i obciążalność**   * **Nośność**: 150 kg na półkę – dostosowane do ciężkich zastosowań. * **Wysokość**: standardowo 180 cm (opcjonalnie inną). * **Szerokość**: typowo 80 cm lub 90 cm (inne szerokości dostępne). * **Głębokość**: zazwyczaj 40 cm; opcjonalne głębokości do 60 cm.   **Regulacja półek**: co 25 mm umożliwia dopasowanie wysokości wnętrza | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
|  |  |  |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.21 Pralnia/Prasowalnia -Pralka – 2 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Frontowa, wolnostojąca pralka o klasycznym białym wykończeniu | Tak, podać |  |
|  | **Pojemność**: do 8 kg wsadu – np. duże pranie pościeli lub obrusów | Tak, podać |  |
|  | Silnik indukcyjny: bezszczotkowy, energooszczędny i cichy, z gwarancją producenta na 10 lat | Tak, podać |  |
|  | **Pobór energii**: klasa A, system oszczędzania typu Eco‑Logic automatycznie dostosowuje zużycie wody i prądu do wielkości wsadu | Tak, podać |  |
|  | Prędkość wirowania: do 1000 obr./min | Tak, podać |  |
|  | Min. 15 programów prania: w tym szybki program 15-minutowy, pranie w zimnej wodzie, program antyalergiczny, opcje regulacji temperatury, opóźniony start | Tak, podać |  |
|  | Funkcje dodatkowe:   * automatyka wagowa * system kontroli piany * blokada rodzicielska i wskaźnik blokady drzwi | Tak, podać |  |
|  | Wymiary i ergonomia   * Wysokość: 845 mm * Szerokość: 597 mm * Głębokość: 527 mm * Bęben: pojemność 51 l, duże drzwi „Big Door” o średnicy około 440 mm * Udogodnienia: regulowane nóżki, przewód zasilający (160 cm), wąż odpływowy (165 cm) | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać:. |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.21 Pralnia/Prasowalnia -Suszarka – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Elektryczna suszarka wolnostojąca bębnowa z pompą ciepła, przeznaczona do użytku domowego i półprofesjonalnego w obiektach takich jak domy opieki, placówki socjalne, internaty czy małe pensjonaty. Przeznaczona do skutecznego i energooszczędnego suszenia odzieży codziennej, pościeli i tekstyliów | Tak, podać |  |
|  | **Pojemność wsadu**: 8 kg  **Rodzaj suszenia**: kondensacyjne z pompą ciepła  **Klasa energetyczna**: A++  **Sterowanie**: elektroniczne z czytelnym wyświetlaczem LED  **Programy**: m.in. Bawełna, Syntetyki, Delikatne, Mix, Antyalergiczny, Prasowanie łatwe, Program szybki  **Funkcje dodatkowe**:   * Program odświeżania odzieży * Zabezpieczenie przed zagnieceniami * Opóźnienie startu * Blokada rodzicielska * Czujniki wilgotności – automatyczne dostosowanie czasu suszenia | Tak, podać |  |
|  | Wymiary (WxSxG): 84,5 x 59,6 x 60,9 cm | Tak, podać |  |
|  | Filtry zatrzymujące kłaczki i kurz  Wskaźnik pełnego zbiornika na wodę  Zbiornik na wodę skroploną w górnej części urządzenia (łatwy dostęp)  Bęben ze stali nierdzewnej  Regulowane nóżki | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.21 Pralnia/Prasowalnia - Regał otwarty metalowy – 6 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | **Stelaż**: wykonany z wysokiej jakości stali, zapewniającej stabilność i wytrzymałość całej konstrukcji | Tak, podać |  |
|  | **Półki**: z płyty HDF/MDF o grubości ok. 4 mm, zagiętych brzegach bezpieczeństwa – trwałe i bezpieczne | Tak, podać |  |
|  | Profil nóg: kwadratowy 33,6 × 33,6 mm, grubość 0,6 mm | Tak, podać |  |
|  | **Montaż**: wciskany (bez użycia narzędzi) | Tak, podać |  |
|  | **Stopki**: regulowane i stabilizujące, chroniące podłogę i wyrównujące nierówności. | Tak, podać |  |
|  | **Ochrona antykorozyjna**: wersje ocynkowane lub malowane proszkowo (różne kolory: czarny, niebieski, szary, czarny mat) | Tak, podać |  |
|  | **Wymiary i obciążalność**   * **Nośność**: 150 kg na półkę – dostosowane do ciężkich zastosowań. * **Wysokość**: standardowo 180 cm (opcjonalnie inną). * **Szerokość**: typowo 80 cm lub 90 cm (inne szerokości dostępne). * **Głębokość**: zazwyczaj 40 cm; opcjonalne głębokości do 60 cm.   **Regulacja półek**: co 25 mm umożliwia dopasowanie wysokości wnętrza | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.28 Pro Morte - Wózek do przewożenia zwłok ze stali nierdzewnej – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Wózek do transportu (przewozu) zwłok przeznaczony jest do przewożenia, mycia i krótkiego przechowywania ciał. Przeznaczony jest do użytkowania na terenie obiektów służby zdrowia, hospicjów, prosektoriów, zakładów specjalistycznych, itp. Jego obsługa jest bardzo prosta, a solidna konstrukcja zapewnia wieloletnie użytkowanie | Tak, podać |  |
|  | Długość całkowita 215 cm | Tak, podać |  |
|  | Długość tacy 195 cm | Tak, podać |  |
|  | Obciążenie dopuszczalne 180 kg | Tak, podać |  |
|  | Podwozie: nierdzewne | Tak, podać |  |
|  | Pokrywa PCV | Tak, podać |  |
|  | Szerokość całkowita: 72,50 cm | Tak, podać |  |
|  | Szerokość tacy: 60 cm | Tak, podać |  |
|  | Wysokość do tacy: 64,50 cm | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.4 Pomieszczenie personelu - Sofa – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Kanapa przeznaczona do pomieszczeń wypoczynkowych, poczekalni, biur lub pokoi gościnnych. Konstrukcja solidna, wykonana z wysokiej jakości materiałów. Siedzisko i oparcie pokryte łatwą do czyszczenia ekoskórą w kolorze czarnym. Wypełnienie z miękkiej pianki zapewniającej komfort siedzenia. Kanapa wyposażona w stabilne nóżki z tworzywa, chroniące podłogę przed zarysowaniami. | Tak, podać |  |
|  | **Wymiary całkowite (+/- 50 mm):**   * szerokość: 118 cm * głębokość: 60 cm * wysokość: 70 cm   wysokość siedziska od podłogi: 37 cm | Tak, podać |  |
|  | Maksymalne obciążenie: ok. 240 kg | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAKgwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.4 Pomieszczenie personelu- Stolik kawowy – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Blat o grubości min. 36 mm zakończony okleiną min. 1 mm chyba że wymaga tego konstrukcja to zakończony okleiną min. 2 mm | Tak, podać |  |
|  | Blat o wymiarach min. 1000 mm x 1000 mm | Tak, podać |  |
|  | Wszystkie nieosłonięte krawędzie mebla zabezpieczone okleiną PCV 1 mm lub jeśli wymaga tego konstrukcja 2 mm, klejone przy użyciu technologii zawierającej mniej niz 0,1% monomerów izocyjanianowych. | Tak, podać |  |
|  | W przypadku zastosowania płyt melaminowanych o strukturze drewna, słoje powinny być ułożone wzdłuż dłuższej krawędzi. | Tak, podać |  |
|  | Kolor płyty oraz blatów dostosowany do wymagań Zamawiającego (do ustalenia po wyborze oferty). | Tak, podać |  |
|  | Konstrukcja nóg stołu wykonana z profila stalowego zamkniętego o gr. ścianki min. 3mm malowanego proszkowo, kolor do ustalenia z Zamawiającym (kolornik RAL) | Tak, podać |  |
|  | Przekrój profila konstrukcyjnego dla nóg to min. 60x40 mm | Tak, podać |  |
|  | Nogi mebla zakończone w sposób zapewniający ograniczenie możliwości rysowania podłogi | Tak, podać |  |
|  | Powierzchnia blatu mocowana z konstrukcją metalową przy pomocy min. 12 elementów łączeniowych | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.4 Pomieszczenie personelu- Krzesło – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | **Stelaż:** wykonany ze stalowej rury płasko‑owalnej (30 × 15 mm, 1,2–1,5 mm grubości), spawany dwustronnie, co zapewnia wyjątkową trwałość i stabilność | Tak, podać |  |
|  | **Powłoka:** malowanie proszkowe (kolor czarny, aluminium lub chrom), zabezpieczone antykorozyjnie | Tak, podać |  |
|  | Siedzisko i oparcie: na szkielecie ze sklejki bukowej (ok. 4,6 mm), pokryte pianką poliuretanową (~35 mm), zapewniającą wysoki komfort | Tak, podać |  |
|  | Tapicerka: szeroki wybór typu Skaj (ekoskóra), trudnopalne i o wysokiej trwałości (do 200 000 cykli Martindale), dostosowane do wymogów przestrzeni publicznych | Tak, podać |  |
|  | Stopki: plastikowe nakładki chroniące podłogę przed uszkodzeniem | Tak, podać |  |
|  | Wymiary i parametry użytkowe   * Wysokość całkowita: ok. 820–830 mm * Szerokość: ok. 530–540 mm * Głębokość: ok. 540–590 mm * Wysokość siedziska: 450–470 mm * Waga: 5–5,5 kg   Maks. obciążenie: 100–160 kg, zgodnie z normami bezpieczeństwa | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.6 Hol główny/rejestracja - Fotel biurowy – 2 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Ergonomiczne krzesło biurowe obrotowe 360 stopni | Tak, podać |  |
|  | Siedzisko i oparcie tapicerowane lub ekoskóra z wysokiej jakości pianką | Tak, podać |  |
|  | Stabilna nylonowa, pięcioramienna podstawa jezdna w kolorze czarnym | Tak, podać |  |
|  | Regulacje i ergonomia   * mechanizm ruchowy „permanentnego kontaktu”, umożliwiający:   + płynną regulację wysokości siedziska pneumatycznie   + regulację wysokości oparcia i głębokości siedziska   + regulację kąta odchylenia oparcia w zakresie +6° do –17° z blokadą pozycji | Tak, podać |  |
|  | Podłokietniki regulowane góra–dół, wykonane z tworzywa PA+GF z miękką nakładką PU | Tak, podać |  |
|  | Wymiary i obciążenie   * Szerokość siedziska: ~440 mm, głębokość: regulowana 370–415 mm * Wysokość siedziska: 400–520 mm, wysokość całkowita: 970–1155 mm * Średnica podstawy: 645 mm * Maksymalne obciążenie: 110 kg | Tak, podać |  |
|  | Kółka i podłokietniki   * Kółka gumowane do twardych powierzchni, samohamowne lub bez hamulca * Podłokietniki z regulacją wysokości i miękką nakładką PU poprawiają komfort użytkowania | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.7 Pokój odwiedzin- Fotel kubełkowy – 4 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Tapicerka wysokiej jakości – wykończenie skaju odporne i estetyczne | Tak, podać |  |
|  | Stabilna, drewniana lub panelowa podstawa typu płozy/panel, wyposażona w korki chroniące podłogę | Tak, podać |  |
|  | Na podstawie specyfikacji dostępnych wariantów:   * Wysokość całkowita: (+/-3 cm) 75 cm * **Wysokość siedziska:** (+/- 3 cm) 44 cm * Głębokość cały fotel: ok. 60-65 cm; siedzisko głębokość ok. 49 – 51 cm * Szerokość ok. 65 cm; siedzisko ok. 46-48 cm | Tak, podać |  |
|  | Maksymalne obciążenie do 120 kg | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.7 Pokój odwiedzin - Stolik kawowy – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Blat o grubości min. 36 mm zakończony okleiną min. 1 mm chyba że wymaga tego konstrukcja to zakończony okleiną min. 2 mm | Tak, podać |  |
|  | Blat o wymiarach min. 1000 mm x 1000 mm | Tak, podać |  |
|  | Wszystkie nieosłonięte krawędzie mebla zabezpieczone okleiną PCV 1 mm lub jeśli wymaga tego konstrukcja 2 mm, klejone przy użyciu technologii zawierającej mniej niz 0,1% monomerów izocyjanianowych. | Tak, podać |  |
|  | W przypadku zastosowania płyt melaminowanych o strukturze drewna, słoje powinny być ułożone wzdłuż dłuższej krawędzi. | Tak, podać |  |
|  | Kolor płyty oraz blatów dostosowany do wymagań Zamawiającego (do ustalenia po wyborze oferty). | Tak, podać |  |
|  | Konstrukcja nóg stołu wykonana z profila stalowego zamkniętego o gr. ścianki min. 3mm malowanego proszkowo, kolor do ustalenia z Zamawiającym (kolornik RAL) | Tak, podać |  |
|  | Przekrój profila konstrukcyjnego dla nóg to min. 60x40 mm | Tak, podać |  |
|  | Nogi mebla zakończone w sposób zapewniający ograniczenie możliwości rysowania podłogi | Tak, podać |  |
|  | Powierzchnia blatu mocowana z konstrukcją metalową przy pomocy min. 12 elementów łączeniowych | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: . |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.9 Sala telewizyjna - Sofa – 2 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Kanapa przeznaczona do pomieszczeń wypoczynkowych, poczekalni, biur lub pokoi gościnnych. Konstrukcja solidna, wykonana z wysokiej jakości materiałów. Siedzisko i oparcie pokryte łatwą do czyszczenia ekoskórą w kolorze czarnym. Wypełnienie z miękkiej pianki zapewniającej komfort siedzenia. Kanapa wyposażona w stabilne nóżki z tworzywa, chroniące podłogę przed zarysowaniami. | Tak, podać |  |
|  | **Wymiary całkowite (+/- 50 mm):**   * szerokość: 118 cm * głębokość: 60 cm * wysokość: 70 cm * wysokość siedziska od podłogi: 37 cm | Tak, podać |  |
|  | Maksymalne obciążenie: ok. 240 kg | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: . |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.9 Sala telewizyjna - Stolik kawowy – 2 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Blat o grubości min. 36 mm zakończony okleiną min. 1 mm chyba że wymaga tego konstrukcja to zakończony okleiną min. 2 mm | Tak, podać |  |
|  | Blat o wymiarach min. 1000 mm x 1000 mm | Tak, podać |  |
|  | Wszystkie nieosłonięte krawędzie mebla zabezpieczone okleiną PCV 1 mm lub jeśli wymaga tego konstrukcja 2 mm, klejone przy użyciu technologii zawierającej mniej niz 0,1% monomerów izocyjanianowych. | Tak, podać |  |
|  | W przypadku zastosowania płyt melaminowanych o strukturze drewna, słoje powinny być ułożone wzdłuż dłuższej krawędzi. | Tak, podać |  |
|  | Kolor płyty oraz blatów dostosowany do wymagań Zamawiającego (do ustalenia po wyborze oferty). | Tak, podać |  |
|  | Konstrukcja nóg stołu wykonana z profila stalowego zamkniętego o gr. ścianki min. 3mm malowanego proszkowo, kolor do ustalenia z Zamawiającym (kolornik RAL) | Tak, podać |  |
|  | Przekrój profila konstrukcyjnego dla nóg to min. 60x40 mm | Tak, podać |  |
|  | Nogi mebla zakończone w sposób zapewniający ograniczenie możliwości rysowania podłogi | Tak, podać |  |
|  | Powierzchnia blatu mocowana z konstrukcją metalową przy pomocy min. 12 elementów łączeniowych | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.9 Sala telewizyjna - Telewizor – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | **Matryca**: LED Direct, 65 cali, format 16:9  **Rozdzielczość i HDR**: 4K UHD z obsługą Dolby Vision, HDR10, HLG, zapewniającą zgodność z materiałami HDR.  T**echnologie poprawy obrazu**: 4K upscaling, Micro Dimming, MEMC, skalowanie – gwarantujące wyraźny i dynamiczny obraz | Tak, podać |  |
|  | **System audio**: zestaw 2.0 o mocy 24 W, wspiera Dolby Atmos i wyposażony we wbudowany korektor tonów | Tak, podać |  |
|  | Funkcje i konektywność   * Tuner: obsługuje DVB‑T/T2 (HEVC/H.265), C, S2 – pełen pakiet funkcji naziemnej, kablowej i satelitarnej * Złącza: 3 × HDMI 2.1 (w tym eARC), 2 × USB, Ethernet (LAN), CI, wyjście słuchawkowe i optyczne S/PDIF * Łączność bezprzewodowa: Wi‑Fi i Bluetooth oraz funkcje zapisu i nagrywania na USB * Inne funkcje: HbbTV 2.0.2, teletext, obsługa AirPlay/Cast przez Google TV | Tak, podać |  |
|  | Wymiary i montaż: szer. z podstawą 145,3 cm, wys. 87,2 cm; standard VESA 400 × 200 mm, waga ok. 17,5 kg | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.10 Sekretariat - Fotel biurowy – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Eleganckie, tradycyjne krzesło drewniane z podłokietnikami, sprawdzające się w jadalniach, stylowych restauracjach czy biurach. Solidna konstrukcja przypominająca fotel, zapewnia wysoki komfort i wytrzymałość | Tak, podać |  |
|  | Wykonane w całości z litego drewna bukowego lub dębowego, zabezpieczonego profilowaniem i wybarwieniem. | Tak, podać |  |
|  | Zastosowano technikę czopowania, klejenia oraz dodatkowe wzmocnienia (szprosy i zastrzały) – gwarancja trwałości | Tak, podać |  |
|  | Tapicerowane siedzisko i oparcie – możliwość doboru tkaniny odpornej na ścieranie (90 000 cykli Martindale’a), łatwej do czyszczenia i estetycznie spójnej z wnętrzem | Tak, podać |  |
|  | Wymiary:   * Wysokość całkowita: 89,5 cm * Wysokość do siedziska: 46 cm * Szerokość: 57,5 cm   Głębokość: 60 cm | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać:. |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.10.1 Sekretariat - Fotel biurowy typ 2 – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Przednia część siedziska i oparcia wykończona naturalną skórą licową, tył – skórą ekologiczną o identycznej fakturze i kolorze | Tak, podać |  |
|  | Stylowe, chromowane podłokietniki z miękkimi nakładkami, tapicerowanymi naturalną skórą | Tak, podać |  |
|  | Chromowana, stalowa, pięcioramienna podstawa jezdna z miękkimi kółkami zabezpieczającymi twarde powierzchnie | Tak, podać |  |
|  | Funkcja synchronizowanego odchyłu (mechanizm synchroniczny), umożliwiająca bujanie oraz blokadę w jednej z trzech pozycji | Tak, podać |  |
|  | Wysokość całkowita ok. 122–131 cm (zintegrowany zagłówek) | Tak, podać |  |
|  | Wysokość siedziska: ok. 47,5–56,5 cm | Tak, podać |  |
|  | Wysokość oparcia: ok. 77 cm | Tak, podać |  |
|  | Maksymalna nośność: typowo minimum 110 | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.10.1 Sekretariat - Krzesło – 4 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | **Stelaż:** wykonany ze stalowej rury płasko‑owalnej (30 × 15 mm, 1,2–1,5 mm grubości), spawany dwustronnie, co zapewnia wyjątkową trwałość i stabilność | Tak, podać |  |
|  | **Powłoka:** malowanie proszkowe (kolor czarny, aluminium lub chrom), zabezpieczone antykorozyjnie | Tak, podać |  |
|  | Siedzisko i oparcie: na szkielecie ze sklejki bukowej (ok. 4,6 mm), pokryte pianką poliuretanową (~35 mm), zapewniającą wysoki komfort | Tak, podać |  |
|  | Tapicerka: szeroki wybór typu Skaj (ekoskóra), trudnopalne i o wysokiej trwałości (do 200 000 cykli Martindale), dostosowane do wymogów przestrzeni publicznych | Tak, podać |  |
|  | Stopki: plastikowe nakładki chroniące podłogę przed uszkodzeniem | Tak, podać |  |
|  | Wymiary i parametry użytkowe   * Wysokość całkowita: ok. 820–830 mm * Szerokość: ok. 530–540 mm * Głębokość: ok. 540–590 mm * Wysokość siedziska: 450–470 mm * Waga: 5–5,5 kg   Maks. obciążenie: 100–160 kg, zgodnie z normami bezpieczeństwa | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.10.1 Sekretariat - Stolik kawowy – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Blat o grubości min. 36 mm zakończony okleiną min. 1 mm chyba że wymaga tego konstrukcja to zakończony okleiną min. 2 mm | Tak, podać |  |
|  | Blat o wymiarach min. 1000 mm x 1000 mm | Tak, podać |  |
|  | Wszystkie nieosłonięte krawędzie mebla zabezpieczone okleiną PCV 1 mm lub jeśli wymaga tego konstrukcja 2 mm, klejone przy użyciu technologii zawierającej mniej niz 0,1% monomerów izocyjanianowych. | Tak, podać |  |
|  | W przypadku zastosowania płyt melaminowanych o strukturze drewna, słoje powinny być ułożone wzdłuż dłuższej krawędzi. | Tak, podać |  |
|  | Kolor płyty oraz blatów dostosowany do wymagań Zamawiającego (do ustalenia po wyborze oferty). | Tak, podać |  |
|  | Konstrukcja nóg stołu wykonana z profila stalowego zamkniętego o gr. ścianki min. 3mm malowanego proszkowo, kolor do ustalenia z Zamawiającym (kolornik RAL) | Tak, podać |  |
|  | Przekrój profila konstrukcyjnego dla nóg to min. 60x40 mm | Tak, podać |  |
|  | Nogi mebla zakończone w sposób zapewniający ograniczenie możliwości rysowania podłogi | Tak, podać |  |
|  | Powierzchnia blatu mocowana z konstrukcją metalową przy pomocy min. 12 elementów łączeniowych | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.10.1 Sekretariat - Telewizor – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | **Matryca**: LED Direct, 65 cali, format 16:9  **Rozdzielczość i HDR**: 4K UHD z obsługą Dolby Vision, HDR10, HLG, zapewniającą zgodność z materiałami HDR.  T**echnologie poprawy obrazu**: 4K upscaling, Micro Dimming, MEMC, skalowanie – gwarantujące wyraźny i dynamiczny obraz | Tak, podać |  |
|  | **System audio**: zestaw 2.0 o mocy 24 W, wspiera Dolby Atmos i wyposażony we wbudowany korektor tonów | Tak, podać |  |
|  | Funkcje i konektywność   * Tuner: obsługuje DVB‑T/T2 (HEVC/H.265), C, S2 – pełen pakiet funkcji naziemnej, kablowej i satelitarnej * Złącza: 3 × HDMI 2.1 (w tym eARC), 2 × USB, Ethernet (LAN), CI, wyjście słuchawkowe i optyczne S/PDIF * Łączność bezprzewodowa: Wi‑Fi i Bluetooth oraz funkcje zapisu i nagrywania na USB   Inne funkcje: HbbTV 2.0.2, teletext, obsługa AirPlay/Cast przez Google TV | Tak, podać |  |
|  | Wymiary i montaż: szer. z podstawą 145,3 cm, wys. 87,2 cm; standard VESA 400 × 200 mm, waga ok. 17,5 kg | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.11 Biblioteka/Czytelnia - Krzesło czytelnia – 12 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | **Stelaż:** wykonany ze stalowej rury płasko‑owalnej (30 × 15 mm, 1,2–1,5 mm grubości), spawany dwustronnie, co zapewnia wyjątkową trwałość i stabilność | Tak, podać |  |
|  | **Powłoka:** malowanie proszkowe (kolor czarny, aluminium lub chrom), zabezpieczone antykorozyjnie | Tak, podać |  |
|  | Siedzisko i oparcie: na szkielecie ze sklejki bukowej (ok. 4,6 mm), pokryte pianką poliuretanową (~35 mm), zapewniającą wysoki komfort | Tak, podać |  |
|  | Tapicerka: szeroki wybór typu Skaj (ekoskóra), trudnopalne i o wysokiej trwałości (do 200 000 cykli Martindale), dostosowane do wymogów przestrzeni publicznych | Tak, podać |  |
|  | Stopki: plastikowe nakładki chroniące podłogę przed uszkodzeniem | Tak, podać |  |
|  | Wymiary i parametry użytkowe   * Wysokość całkowita: ok. 820–830 mm * Szerokość: ok. 530–540 mm * Głębokość: ok. 540–590 mm * Wysokość siedziska: 450–470 mm * Waga: 5–5,5 kg   Maks. obciążenie: 100–160 kg, zgodnie z normami bezpieczeństwa | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.11 Biblioteka/Czytelnia - Stół do czytelni – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | **Stelaż:** wykonany ze stalowej rury płasko‑owalnej (30 × 15 mm, 1,2–1,5 mm grubości), spawany dwustronnie, co zapewnia wyjątkową trwałość i stabilność | Tak, podać |  |
|  | **Powłoka:** malowanie proszkowe (kolor czarny, aluminium lub chrom), zabezpieczone antykorozyjnie | Tak, podać |  |
|  | Siedzisko i oparcie: na szkielecie ze sklejki bukowej (ok. 4,6 mm), pokryte pianką poliuretanową (~35 mm), zapewniającą wysoki komfort | Tak, podać |  |
|  | Tapicerka: szeroki wybór typu Skaj (ekoskóra), trudnopalne i o wysokiej trwałości (do 200 000 cykli Martindale), dostosowane do wymogów przestrzeni publicznych | Tak, podać |  |
|  | Stopki: plastikowe nakładki chroniące podłogę przed uszkodzeniem | Tak, podać |  |
|  | Wymiary i parametry użytkowe   * Wysokość całkowita: ok. 820–830 mm * Szerokość: ok. 530–540 mm * Głębokość: ok. 540–590 mm * Wysokość siedziska: 450–470 mm * Waga: 5–5,5 kg * Maks. obciążenie: 100–160 kg, zgodnie z normami bezpieczeństwa | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.11 Biblioteka/Czytelnia - Fotel biurowy – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Eleganckie, tradycyjne krzesło drewniane z podłokietnikami, sprawdzające się w jadalniach, stylowych restauracjach czy biurach. Solidna konstrukcja przypominająca fotel, zapewnia wysoki komfort i wytrzymałość | Tak, podać |  |
|  | Wykonane w całości z litego drewna bukowego lub dębowego, zabezpieczonego profilowaniem i wybarwieniem. | Tak, podać |  |
|  | Zastosowano technikę czopowania, klejenia oraz dodatkowe wzmocnienia (szprosy i zastrzały) – gwarancja trwałości | Tak, podać |  |
|  | Tapicerowane siedzisko i oparcie – możliwość doboru tkaniny odpornej na ścieranie (90 000 cykli Martindale’a), łatwej do czyszczenia i estetycznie spójnej z wnętrzem | Tak, podać |  |
|  | Wymiary:   * Wysokość całkowita: 89,5 cm * Wysokość do siedziska: 46 cm * Szerokość: 57,5 cm   Głębokość: 60 cm | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.12 Rehabilitacja/Pok. Muzyczny - Bieżnia – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Silnik bezszczotkowy DC o mocy 1,75 KM ciągłej i 2,5 KM szczytowej | Tak, podać |  |
|  | Zakres prędkości: **1–16 km/h** | Tak, podać |  |
|  | Nachylenie: automatyczne 0–12 %, pozwalające na treningi pod górę | Tak, podać |  |
|  | Pas biegowy o wymiarach 125 × 42 cm, zapewniając komfortowy powierzchniowy komfort biegu | Tak, podać |  |
|  | System amortyzacji z 6 elastomerami, chroniący stawy przed przeciążeniami | Tak, podać |  |
|  | Panel LED: pokazuje czas, dystans, prędkość, kalorie i puls | Tak, podać |  |
|  | **36 wbudowanych programów** treningowych, w tym Test Body Fat, Tryb Manual oraz 3 programy użytkownika | Tak, podać |  |
|  | Puls mierzony przez sensory na poręczach oraz przez Bluetooth / pas na klatkę | Tak, podać |  |
|  | Kompatybilność z aplikacjami | Tak, podać |  |
|  | **Wymiary i mobilność**   * Rozstaw: **153,5 × 67,5 × 142 cm** * Po złożeniu: **95,5 × 67,5 × 142 cm**, wyposażony w system **Soft Drop** i siłowniki ułatwiające składanie * Waga urządzenia: **59 kg**, a całkowita z opakowaniem: 66,5 kg * Maks. waga użytkownika: **100 kg** | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.12 Rehabilitacja/Pok. Muzyczny - Rower pionowy – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Rower stacjonarny przeznaczony do treningu kondycyjnego, odchudzającego oraz rehabilitacyjnego. Wyposażony w system oporu elektromagnetycznego sterowanego elektronicznie | Tak, podać |  |
|  | Zakres regulacji oporu: 16 poziomów  Koło zamachowe: 7 kg  Maksymalna waga użytkownika: 120 kg  Wymiary: 96 x 52 x 135 cm (długość x szerokość x wysokość)  Waga urządzenia: 25 kg  Zasilanie: sieciowe 230 V (adapter w zestawie) | Tak, podać |  |
|  | **Komputer treningowy:**   * Wyświetlacz LCD * Funkcje: czas, prędkość, dystans, kalorie, puls, RPM, BODY FAT, Recovery * Wbudowane programy treningowe: 12 automatycznych, program użytkownika, HRC (kontrola tętna) * Pomiar tętna: sensory dotykowe w uchwytach * Kompatybilność: Bluetooth, aplikacja treningowa | Tak, podać |  |
|  | **Dodatkowe wyposażenie:**   * Rolki transportowe * Regulacja siodełka w pionie i poziomie * Antypoślizgowe pedały z regulowanymi paskami * Uchwyt na bidon | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.12 Rehabilitacja/Pok. Muzyczny - Rower Poziomy – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | poziomy (leżący) rower treningowy z systemem oporu elektromagnetycznym | Tak, podać |  |
|  | Ergonomiczna konstrukcja umożliwia komfortowy trening w pozycji półsiedzącej lub leżącej, odciążając kręgosłup i stawy | Tak, podać |  |
|  | Opór elektromagnetyczny, płynna, elektroniczna regulacja w 32 poziomach | Tak, podać |  |
|  | Koło zamachowe o wadze 10 kg, zapewniające trening o stabilnym, płynnym ruchu | Tak, podać |  |
|  | Zasilanie: sieciowe 230 V (adapter) | Tak, podać |  |
|  | czytelny panel LCD, pomiar czasu, dystansu, kalorii, prędkości, RPM, WATT, BMI, FAT%, tryb Countdown, Recovery, Body Fat test | Tak, podać |  |
|  | Wymiary urządzenia: 115 × 47 × 104 cm; waga: 37 kg  Maksymalna waga użytkownika: **120 kg** | Tak, podać |  |
|  | Regulowane siedzisko (poziomo o 15 cm); ergonomiczne oparcie o wymiarach 32,5 × 40 cm |  |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.12 Rehabilitacja/Pok. Muzyczny - Drabinka rehabilitacyjna – 2 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Drabinka rehabilitacyjna stanowi niezbędne wyposażenie centrów rehabilitacji, fizjoterapii i sal gimnastycznych. Drabinka wykonana jest z drewna bukowego.  W komplecie do drabinki dołączany jest zestaw montażowy.  W skład zestawu montażowgo wchodzi:  - 8 szt. x śruby,  - 4 szt. x uchwyty do mocowania | Tak, podać |  |
|  | Wymiary 78x225x10 (cm) | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.12 Rehabilitacja/Pok. Muzyczny - Sofa – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Kanapa przeznaczona do pomieszczeń wypoczynkowych, poczekalni, biur lub pokoi gościnnych. Konstrukcja solidna, wykonana z wysokiej jakości materiałów. Siedzisko i oparcie pokryte łatwą do czyszczenia ekoskórą w kolorze czarnym. Wypełnienie z miękkiej pianki zapewniającej komfort siedzenia. Kanapa wyposażona w stabilne nóżki z tworzywa, chroniące podłogę przed zarysowaniami. | Tak, podać |  |
|  | **Wymiary całkowite (+/- 50 mm):**   * szerokość: 118 cm * głębokość: 60 cm * wysokość: 70 cm   wysokość siedziska od podłogi: 37 cm | Tak, podać |  |
|  | Maksymalne obciążenie: ok. 240 kg | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.12 Rehabilitacja/Pok. Muzyczny - Stolik kawowy – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Blat o grubości min. 36 mm zakończony okleiną min. 1 mm chyba że wymaga tego konstrukcja to zakończony okleiną min. 2 mm | Tak, podać |  |
|  | Blat o wymiarach min. 1000 mm x 1000 mm | Tak, podać |  |
|  | Wszystkie nieosłonięte krawędzie mebla zabezpieczone okleiną PCV 1 mm lub jeśli wymaga tego konstrukcja 2 mm, klejone przy użyciu technologii zawierającej mniej niz 0,1% monomerów izocyjanianowych. | Tak, podać |  |
|  | W przypadku zastosowania płyt melaminowanych o strukturze drewna, słoje powinny być ułożone wzdłuż dłuższej krawędzi. | Tak, podać |  |
|  | Kolor płyty oraz blatów dostosowany do wymagań Zamawiającego (do ustalenia po wyborze oferty). | Tak, podać |  |
|  | Konstrukcja nóg stołu wykonana z profila stalowego zamkniętego o gr. ścianki min. 3mm malowanego proszkowo, kolor do ustalenia z Zamawiającym (kolornik RAL) | Tak, podać |  |
|  | Przekrój profila konstrukcyjnego dla nóg to min. 60x40 mm | Tak, podać |  |
|  | Nogi mebla zakończone w sposób zapewniający ograniczenie możliwości rysowania podłogi | Tak, podać |  |
|  | Powierzchnia blatu mocowana z konstrukcją metalową przy pomocy min. 12 elementów łączeniowych | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.13 Pom. Socjalne- Krzesło socjalne – 2 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | **Stelaż:** wykonany ze stalowej rury płasko‑owalnej (30 × 15 mm, 1,2–1,5 mm grubości), spawany dwustronnie, co zapewnia wyjątkową trwałość i stabilność | Tak, podać |  |
|  | **Powłoka:** malowanie proszkowe (kolor czarny, aluminium lub chrom), zabezpieczone antykorozyjnie | Tak, podać |  |
|  | Siedzisko i oparcie: na szkielecie ze sklejki bukowej (ok. 4,6 mm), pokryte pianką poliuretanową (~35 mm), zapewniającą wysoki komfort | Tak, podać |  |
|  | Tapicerka: szeroki wybór typu Skaj (ekoskóra), trudnopalne i o wysokiej trwałości (do 200 000 cykli Martindale), dostosowane do wymogów przestrzeni publicznych | Tak, podać |  |
|  | Stopki: plastikowe nakładki chroniące podłogę przed uszkodzeniem | Tak, podać |  |
|  | Wymiary i parametry użytkowe   * Wysokość całkowita: ok. 820–830 mm * Szerokość: ok. 530–540 mm * Głębokość: ok. 540–590 mm * Wysokość siedziska: 450–470 mm * Waga: 5–5,5 kg   Maks. obciążenie: 100–160 kg, zgodnie z normami bezpieczeństwa | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.13 Pom. Socjalne- Stół jadalniany – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Blat o grubości min. 36 mm zakończony okleiną min. 1 mm chyba że wymaga tego konstrukcja to zakończony okleiną min. 2 mm | Tak, podać |  |
|  | Min. 3 moduły z blatem o wymiarach min. 1000 mm x 1000 mm, | Tak, podać |  |
|  | Wszystkie nieosłonięte krawędzie mebla zabezpieczone okleiną PCV 1 mm lub jeśli wymaga tego konstrukcja 2 mm, klejone przy użyciu technologii zawierającej mniej niz 0,1% monomerów izocyjanianowych. | Tak, podać |  |
|  | W przypadku zastosowania płyt melaminowanych o strukturze drewna, słoje powinny być ułożone wzdłuż dłuższej krawędzi. | Tak, podać |  |
|  | Kolor płyty oraz blatów dostosowany do wymagań Zamawiającego (do ustalenia po wyborze oferty). | Tak, podać |  |
|  | Konstrukcja nóg stołu wykonana z profila stalowego zamkniętego o gr. ścianki min. 3mm malowanego proszkowo, kolor do ustalenia z Zamawiającym (kolornik RAL) | Tak, podać |  |
|  | Przekrój profila konstrukcyjnego dla nóg to min. 60x40 mm | Tak, podać |  |
|  | Nogi mebla zakończone w sposób zapewniający ograniczenie możliwości rysowania podłogi | Tak, podać |  |
|  | Powierzchnia blatu mocowana z konstrukcją metalową przy pomocy min. 12 elementów łączeniowych | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.13 Pom. Socjalne- Sofa – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Kanapa przeznaczona do pomieszczeń wypoczynkowych, poczekalni, biur lub pokoi gościnnych. Konstrukcja solidna, wykonana z wysokiej jakości materiałów. Siedzisko i oparcie pokryte łatwą do czyszczenia ekoskórą w kolorze czarnym. Wypełnienie z miękkiej pianki zapewniającej komfort siedzenia. Kanapa wyposażona w stabilne nóżki z tworzywa, chroniące podłogę przed zarysowaniami. | Tak, podać |  |
|  | **Wymiary całkowite (+/- 50 mm):**   * szerokość: 118 cm * głębokość: 60 cm * wysokość: 70 cm   wysokość siedziska od podłogi: 37 cm | Tak, podać |  |
|  | Maksymalne obciążenie: ok. 240 kg | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.17 Pokój śniadań - Krzesło socjalne – 12 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | **Stelaż:** wykonany ze stalowej rury płasko‑owalnej (30 × 15 mm, 1,2–1,5 mm grubości), spawany dwustronnie, co zapewnia wyjątkową trwałość i stabilność | Tak, podać |  |
|  | **Powłoka:** malowanie proszkowe (kolor czarny, aluminium lub chrom), zabezpieczone antykorozyjnie | Tak, podać |  |
|  | Siedzisko i oparcie: na szkielecie ze sklejki bukowej (ok. 4,6 mm), pokryte pianką poliuretanową (~35 mm), zapewniającą wysoki komfort | Tak, podać |  |
|  | Tapicerka: szeroki wybór typu Skaj (ekoskóra), trudnopalne i o wysokiej trwałości (do 200 000 cykli Martindale), dostosowane do wymogów przestrzeni publicznych | Tak, podać |  |
|  | Stopki: plastikowe nakładki chroniące podłogę przed uszkodzeniem | Tak, podać |  |
|  | Wymiary i parametry użytkowe   * Wysokość całkowita: ok. 820–830 mm * Szerokość: ok. 530–540 mm * Głębokość: ok. 540–590 mm * Wysokość siedziska: 450–470 mm * Waga: 5–5,5 kg   Maks. obciążenie: 100–160 kg, zgodnie z normami bezpieczeństwa | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.17 Pokój śniadań - Stół jadalniany – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Blat o grubości min. 36 mm zakończony okleiną min. 1 mm chyba że wymaga tego konstrukcja to zakończony okleiną min. 2 mm | Tak, podać |  |
|  | Min. 3 moduły z blatem o wymiarach min. 1000 mm x 1000 mm, | Tak, podać |  |
|  | Wszystkie nieosłonięte krawędzie mebla zabezpieczone okleiną PCV 1 mm lub jeśli wymaga tego konstrukcja 2 mm, klejone przy użyciu technologii zawierającej mniej niz 0,1% monomerów izocyjanianowych. | Tak, podać |  |
|  | W przypadku zastosowania płyt melaminowanych o strukturze drewna, słoje powinny być ułożone wzdłuż dłuższej krawędzi. | Tak, podać |  |
|  | Kolor płyty oraz blatów dostosowany do wymagań Zamawiającego (do ustalenia po wyborze oferty). | Tak, podać |  |
|  | Konstrukcja nóg stołu wykonana z profila stalowego zamkniętego o gr. ścianki min. 3mm malowanego proszkowo, kolor do ustalenia z Zamawiającym (kolornik RAL) | Tak, podać |  |
|  | Przekrój profila konstrukcyjnego dla nóg to min. 60x40 mm | Tak, podać |  |
|  | Nogi mebla zakończone w sposób zapewniający ograniczenie możliwości rysowania podłogi | Tak, podać |  |
|  | Powierzchnia blatu mocowana z konstrukcją metalową przy pomocy min. 12 elementów łączeniowych | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.20 Schowek porządkowy - Regał wąski otwarty metalowy – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | **Stelaż**: wykonany z wysokiej jakości stali, zapewniającej stabilność i wytrzymałość całej konstrukcji | Tak, podać |  |
|  | **Półki**: z płyty HDF/MDF o grubości ok. 4 mm, zagiętych brzegach bezpieczeństwa – trwałe i bezpieczne | Tak, podać |  |
|  | Profil nóg: kwadratowy 33,6 × 33,6 mm, grubość 0,6 mm | Tak, podać |  |
|  | **Montaż**: wciskany (bez użycia narzędzi) | Tak, podać |  |
|  | **Stopki**: regulowane i stabilizujące, chroniące podłogę i wyrównujące nierówności. | Tak, podać |  |
|  | **Ochrona antykorozyjna**: wersje ocynkowane lub malowane proszkowo (różne kolory: czarny, niebieski, szary, czarny mat) | Tak, podać |  |
|  | **Wymiary i obciążalność**   * **Nośność**: 150 kg na półkę – dostosowane do ciężkich zastosowań. * **Wysokość**: standardowo 180 cm (opcjonalnie inną). * **Szerokość**: typowo 80 cm lub 90 cm (inne szerokości dostępne). * **Głębokość**: zazwyczaj 40 cm; opcjonalne głębokości do 60 cm. * **Regulacja półek**: co 25 mm umożliwia dopasowanie wysokości wnętrza | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.23 Pokój 3-os.- Łóżko rehabilitacyjne – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Łóżko fabrycznie nowe, Konstrukcja wykonana z kształtowników stalowych pokrytych lakierem poliestrowo - epoksydowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV, | Tak, podać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne łóżka:   * Długość całkowita: 2210 mm, (+/- 30 mm)   Szerokość całkowita: 1000 mm, (+/- 30 mm) | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka o wymiarach 2000 x 900 mm | Tak, podać |  |
|  | Obudowa łóżka oraz barierki boczne wykonane z drewna w kolorze bukowym. | Tak, podać |  |
|  | Obudowa drewniana oraz drewniane barierki boczne estetycznie wykończone o ergonomicznych kształtach. | Tak, podać |  |
|  | Barierki boczne łóżka zabezpieczające pacjenta na całej długości leża, zintegrowane z drewnianą obudową z zaokrąglonymi krawędziami,  Wysokość barierki min. 38 cm od powierzchni leża | Tak, podać |  |
|  | Mechanizm zwalniający barierkę z funkcją świadomego użycia (zabezpieczający przed niepożądanym opuszczeniem barierki)  Łóżko wyposażone w system szybkiego odejmowania i zakładania barierek na słupki bez użycia narzędzi na tzw. „CLICK” | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka 4 segmentowe w tym 3 segmenty uchylne | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka wypełnione drewnianymi lamelami. | Tak, podać |  |
|  | Rama leża wyposażona w tuleje do mocowania wieszaka kroplówki oraz wysięgnika z uchwytem do ręki z możliwością montowania wyposażenia dowolnie po lewej lub prawej stronie łóżka | Tak, podać |  |
|  | Kolor powierzchni lakierowanych łóżka zbliżony do koloru obudowy oraz barierek | Tak, podać |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości leża w zakresie od:  40 - 80 cm, | Tak, podać |  |
|  | Pozostałe elektryczne regulacje :   * kąt segmentu oparcia pleców: 0 - 70°, (+/-3°) * kąt segmentu uda: 0 - 40°, (+/-3°)   pozycja anty-Trendelenburga: 15, (+/-3°) | Tak, podać |  |
|  | Pilot przewodowy dedykowany dla pacjenta i personelu z możliwością blokady poszczególnych pozycji | Tak, podać |  |
|  | Łóżko z możliwością wielokrotnego składania w celu transportu i magazynowania | Tak, podać |  |
|  | Elektryczne zasilanie: 230 V  Łóżko wyposażone w system siłowników elektrycznych marki LINAK | Tak, podać |  |
|  | Podstawa łóżka jezdna wyposażona w antystatyczne koła o średnicy 100 mm z indywidualną blokadą jazdy i obrotu | Tak, podać |  |
|  | Koła dopasowane kolorystycznie do ramy łóżka | Tak, podać |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie robocze łóżka min. 185 kg | Tak, podać |  |
|  | Elementy wyposażenia łóżka:  - Wysięgnik z uchwytem do ręki  - Siłowniki w szczytach łóżka zasłonięte obudową drewnianą w kolorze łóżka | Tak, podać |  |
|  | Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE. Wyrób medyczny (załączyć dokumenty dopuszczające) | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.23 Pokój 3-os.- Szafka nocna z blatem bocznym – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Konstrukcja szafki składająca się z dwóch szuflad z przestrzenią wolną pomiędzy nimi, oraz blatu głównego. | Tak, podać |  |
|  | Korpus szafki wykonany z płyty KF ( płyta wiórowa, wyposażona w plastikową osłonę) o grubości 28 mm, obrotowy umieszczony na mobilnej podstawie, pozwalający na umieszczeniu blatu bocznego szafki z lewej, bądź prawej strony łóżka. Funkcje zmiany stron umieszczenia blatu bocznego realizowane dwoma przyciskami w miejscu łatwego dostępu. | Tak, podać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne:  - wysokość  -  760 mm  - głębokość  -  420 mm (± 30mm),  - szerokość przy rozłożonym blacie - 1110 mm (± 20mm), - szerokość z blatem bocznym – 630 mm (+/- 20mm)  - regulacja wysokości półki bocznej w zakresie: od 800 do 1100 mm; | Tak, podać |  |
|  | Boki blatu głównego zaokrąglone. | Tak, podać |  |
|  | Górna powierzchnia blatu bocznego wykonana z płyty KF o grubości 8 mm, natomiast dolna wysuwana powierzchnia blatu bocznego wykonana z płyty HPL o grubości 6 mm | Tak, podać |  |
|  | Fronty dwóch szuflad wykonane z płyty KF o grubości min.19 mm w kolorze drewnopodobnym zaopatrzone w chromowane uchwyty | Tak, podać |  |
|  | Szuflady górna i dolna wysuwane na prowadnicach. | Tak, podać |  |
|  | Pomiędzy szufladami znajduje się półka na prasę o wysokości min. 110 mm, dostęp od frontu szafki. | Tak, podać |  |
|  | Półka boczna z możliwością regulacji wysokości. Płynna, bezstopniowa regulacja wysokości półki bocznej wspomagana sprężyną gazową, osłoniętą aluminiową osłoną. Regulację wysokości dokonujemy za pomocą tworzywowych dźwigni znajdujących się poniżej blatu przy prowadnicach sprężyny gazowej; | Tak, podać |  |
|  | Blat boczny znajduje się nad korpusem szafki, jest zabezpieczony od frontu tworzywową listwą, natomiast boki blatu otaczają aluminiowe listwy spełniające również rolę prowadnic dla dolnej powierzchni blatu bocznego; | Tak, podać |  |
|  | 4 podwójne koła jezdne o średnicy 65 mm. z elastycznym, niebrudzącym podłóg bieżnikiem, min. 2 z blokadą. | Tak, podać |  |
|  | Przystosowana do dezynfekcji środkami dopuszczonymi do używanych przy pacjencie. | Tak, podać |  |
|  | Możliwość wyboru kolorów frontów szuflad oraz blatu z min. 10 kolorów. | Tak, podać |  |
|  | ·      Deklaracja zgodności Certyfikat ISO 9001:2015 lub równoważny potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiami,  Certyfikat ISO 13485:2016   potwierdzający, że producent wdrożył i utrzymuje system zarządzania jakością dla wyrobów medycznych. | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.23 Pokój 3-os.- Krzesło – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | **Stelaż:** wykonany ze stalowej rury płasko‑owalnej (30 × 15 mm, 1,2–1,5 mm grubości), spawany dwustronnie, co zapewnia wyjątkową trwałość i stabilność | Tak, podać |  |
|  | **Powłoka:** malowanie proszkowe (kolor czarny, aluminium lub chrom), zabezpieczone antykorozyjnie | Tak, podać |  |
|  | Siedzisko i oparcie: na szkielecie ze sklejki bukowej (ok. 4,6 mm), pokryte pianką poliuretanową (~35 mm), zapewniającą wysoki komfort | Tak, podać |  |
|  | Tapicerka: szeroki wybór typu Skaj (ekoskóra), trudnopalne i o wysokiej trwałości (do 200 000 cykli Martindale), dostosowane do wymogów przestrzeni publicznych | Tak, podać |  |
|  | Stopki: plastikowe nakładki chroniące podłogę przed uszkodzeniem | Tak, podać |  |
|  | Wymiary i parametry użytkowe   * Wysokość całkowita: ok. 820–830 mm * Szerokość: ok. 530–540 mm * Głębokość: ok. 540–590 mm * Wysokość siedziska: 450–470 mm * Waga: 5–5,5 kg * Maks. obciążenie: 100–160 kg, zgodnie z normami bezpieczeństwa | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.23 Pokój 3-os. - Stolik kawowy – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Blat o grubości min. 36 mm zakończony okleiną min. 1 mm chyba że wymaga tego konstrukcja to zakończony okleiną min. 2 mm | Tak, podać |  |
|  | Blat o wymiarach min. 1000 mm x 1000 mm | Tak, podać |  |
|  | Wszystkie nieosłonięte krawędzie mebla zabezpieczone okleiną PCV 1 mm lub jeśli wymaga tego konstrukcja 2 mm, klejone przy użyciu technologii zawierającej mniej niz 0,1% monomerów izocyjanianowych. | Tak, podać |  |
|  | W przypadku zastosowania płyt melaminowanych o strukturze drewna, słoje powinny być ułożone wzdłuż dłuższej krawędzi. | Tak, podać |  |
|  | Kolor płyty oraz blatów dostosowany do wymagań Zamawiającego (do ustalenia po wyborze oferty). | Tak, podać |  |
|  | Konstrukcja nóg stołu wykonana z profila stalowego zamkniętego o gr. ścianki min. 3mm malowanego proszkowo, kolor do ustalenia z Zamawiającym (kolornik RAL) | Tak, podać |  |
|  | Przekrój profila konstrukcyjnego dla nóg to min. 60x40 mm | Tak, podać |  |
|  | Nogi mebla zakończone w sposób zapewniający ograniczenie możliwości rysowania podłogi | Tak, podać |  |
|  | Powierzchnia blatu mocowana z konstrukcją metalową przy pomocy min. 12 elementów łączeniowych | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.24 Łazienka - Krzesło prysznicowe składane – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Siedzisko z trwałego PCV o podwyższonej odporności na wilgoć i łatwe w czyszczeniu, wymiar 40×32 cm | Tak, podać |  |
|  | Rama wykonana z aluminium i wzmacnianych wsporników montowanych do ściany | Tak, podać |  |
|  | Składana konstrukcja pozwala zminimalizować zajmowaną przestrzeń po zakończeniu użytkowania | Tak, podać |  |
|  | Nóżki regulowane w zakresie wysokości 42–52 cm, co umożliwia dopasowanie do wzrostu użytkownika | Tak, podać |  |
|  | Gumowe nasadki na nóżkach zabezpieczają taboret przed ślizganiem oraz łazienkę przed uszkodzeniami | Tak, podać |  |
|  | **Dane techniczne**  Wymiary siedziska:**32 x 40 cm** Regulacja wysokości:**42 - 52 cm** Waga:**2,15 kg** Maksymalne obciążenie:**136 kg** +/- 0,5 - 1 cm | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.25 Pokój 3-os.- Łóżko rehabilitacyjne – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Łóżko fabrycznie nowe, Konstrukcja wykonana z kształtowników stalowych pokrytych lakierem poliestrowo - epoksydowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV, | Tak, podać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne łóżka:   * Długość całkowita: 2210 mm, (+/- 30 mm)   Szerokość całkowita: 1000 mm, (+/- 30 mm) | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka o wymiarach 2000 x 900 mm | Tak, podać |  |
|  | Obudowa łóżka oraz barierki boczne wykonane z drewna w kolorze bukowym. | Tak, podać |  |
|  | Obudowa drewniana oraz drewniane barierki boczne estetycznie wykończone o ergonomicznych kształtach. | Tak, podać |  |
|  | Barierki boczne łóżka zabezpieczające pacjenta na całej długości leża, zintegrowane z drewnianą obudową z zaokrąglonymi krawędziami,  Wysokość barierki min. 38 cm od powierzchni leża | Tak, podać |  |
|  | Mechanizm zwalniający barierkę z funkcją świadomego użycia (zabezpieczający przed niepożądanym opuszczeniem barierki)  Łóżko wyposażone w system szybkiego odejmowania i zakładania barierek na słupki bez użycia narzędzi na tzw. „CLICK” | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka 4 segmentowe w tym 3 segmenty uchylne | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka wypełnione drewnianymi lamelami. | Tak, podać |  |
|  | Rama leża wyposażona w tuleje do mocowania wieszaka kroplówki oraz wysięgnika z uchwytem do ręki z możliwością montowania wyposażenia dowolnie po lewej lub prawej stronie łóżka | Tak, podać |  |
|  | Kolor powierzchni lakierowanych łóżka zbliżony do koloru obudowy oraz barierek | Tak, podać |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości leża w zakresie od:  40 - 80 cm, | Tak, podać |  |
|  | Pozostałe elektryczne regulacje :   * kąt segmentu oparcia pleców: 0 - 70°, (+/-3°) * kąt segmentu uda: 0 - 40°, (+/-3°)   pozycja anty-Trendelenburga: 15, (+/-3°) | Tak, podać |  |
|  | Pilot przewodowy dedykowany dla pacjenta i personelu z możliwością blokady poszczególnych pozycji | Tak, podać |  |
|  | Łóżko z możliwością wielokrotnego składania w celu transportu i magazynowania | Tak, podać |  |
|  | Elektryczne zasilanie: 230 V  Łóżko wyposażone w system siłowników elektrycznych marki LINAK | Tak, podać |  |
|  | Podstawa łóżka jezdna wyposażona w antystatyczne koła o średnicy 100 mm z indywidualną blokadą jazdy i obrotu | Tak, podać |  |
|  | Koła dopasowane kolorystycznie do ramy łóżka | Tak, podać |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie robocze łóżka min. 185 kg | Tak, podać |  |
|  | Elementy wyposażenia łóżka:  - Wysięgnik z uchwytem do ręki  - Siłowniki w szczytach łóżka zasłonięte obudową drewnianą w kolorze łóżka | Tak, podać |  |
|  | Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE. Wyrób medyczny (załączyć dokumenty dopuszczające) | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.25 Pokój 3-os.- Szafka nocna z blatem bocznym – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Konstrukcja szafki składająca się z dwóch szuflad z przestrzenią wolną pomiędzy nimi, oraz blatu głównego. | Tak, podać |  |
|  | Korpus szafki wykonany z płyty KF ( płyta wiórowa, wyposażona w plastikową osłonę) o grubości 28 mm, obrotowy umieszczony na mobilnej podstawie, pozwalający na umieszczeniu blatu bocznego szafki z lewej, bądź prawej strony łóżka. Funkcje zmiany stron umieszczenia blatu bocznego realizowane dwoma przyciskami w miejscu łatwego dostępu. | Tak, podać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne:  - wysokość  -  760 mm  - głębokość  -  420 mm (± 30mm),  - szerokość przy rozłożonym blacie - 1110 mm (± 20mm), - szerokość z blatem bocznym – 630 mm (+/- 20mm)  - regulacja wysokości półki bocznej w zakresie: od 800 do 1100 mm; | Tak, podać |  |
|  | Boki blatu głównego zaokrąglone. | Tak, podać |  |
|  | Górna powierzchnia blatu bocznego wykonana z płyty KF o grubości 8 mm, natomiast dolna wysuwana powierzchnia blatu bocznego wykonana z płyty HPL o grubości 6 mm | Tak, podać |  |
|  | Fronty dwóch szuflad wykonane z płyty KF o grubości min.19 mm w kolorze drewnopodobnym zaopatrzone w chromowane uchwyty | Tak, podać |  |
|  | Szuflady górna i dolna wysuwane na prowadnicach. | Tak, podać |  |
|  | Pomiędzy szufladami znajduje się półka na prasę o wysokości min. 110 mm, dostęp od frontu szafki. | Tak, podać |  |
|  | Półka boczna z możliwością regulacji wysokości. Płynna, bezstopniowa regulacja wysokości półki bocznej wspomagana sprężyną gazową, osłoniętą aluminiową osłoną. Regulację wysokości dokonujemy za pomocą tworzywowych dźwigni znajdujących się poniżej blatu przy prowadnicach sprężyny gazowej; | Tak, podać |  |
|  | Blat boczny znajduje się nad korpusem szafki, jest zabezpieczony od frontu tworzywową listwą, natomiast boki blatu otaczają aluminiowe listwy spełniające również rolę prowadnic dla dolnej powierzchni blatu bocznego; | Tak, podać |  |
|  | 4 podwójne koła jezdne o średnicy 65 mm. z elastycznym, niebrudzącym podłóg bieżnikiem, min. 2 z blokadą. | Tak, podać |  |
|  | Przystosowana do dezynfekcji środkami dopuszczonymi do używanych przy pacjencie. | Tak, podać |  |
|  | Możliwość wyboru kolorów frontów szuflad oraz blatu z min. 10 kolorów. | Tak, podać |  |
|  | ·      Deklaracja zgodności Certyfikat ISO 9001:2015 lub równoważny potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiami,  Certyfikat ISO 13485:2016   potwierdzający, że producent wdrożył i utrzymuje system zarządzania jakością dla wyrobów medycznych. | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać:. |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.25 Pokój 3-os.- Krzesło – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | **Stelaż:** wykonany ze stalowej rury płasko‑owalnej (30 × 15 mm, 1,2–1,5 mm grubości), spawany dwustronnie, co zapewnia wyjątkową trwałość i stabilność | Tak, podać |  |
|  | **Powłoka:** malowanie proszkowe (kolor czarny, aluminium lub chrom), zabezpieczone antykorozyjnie | Tak, podać |  |
|  | Siedzisko i oparcie: na szkielecie ze sklejki bukowej (ok. 4,6 mm), pokryte pianką poliuretanową (~35 mm), zapewniającą wysoki komfort | Tak, podać |  |
|  | Tapicerka: szeroki wybór typu Skaj (ekoskóra), trudnopalne i o wysokiej trwałości (do 200 000 cykli Martindale), dostosowane do wymogów przestrzeni publicznych | Tak, podać |  |
|  | Stopki: plastikowe nakładki chroniące podłogę przed uszkodzeniem | Tak, podać |  |
|  | Wymiary i parametry użytkowe   * Wysokość całkowita: ok. 820–830 mm * Szerokość: ok. 530–540 mm * Głębokość: ok. 540–590 mm * Wysokość siedziska: 450–470 mm * Waga: 5–5,5 kg * Maks. obciążenie: 100–160 kg, zgodnie z normami bezpieczeństwa | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.25 Pokój 3-os. - Stolik kawowy – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Blat o grubości min. 36 mm zakończony okleiną min. 1 mm chyba że wymaga tego konstrukcja to zakończony okleiną min. 2 mm | Tak, podać |  |
|  | Blat o wymiarach min. 1000 mm x 1000 mm | Tak, podać |  |
|  | Wszystkie nieosłonięte krawędzie mebla zabezpieczone okleiną PCV 1 mm lub jeśli wymaga tego konstrukcja 2 mm, klejone przy użyciu technologii zawierającej mniej niz 0,1% monomerów izocyjanianowych. | Tak, podać |  |
|  | W przypadku zastosowania płyt melaminowanych o strukturze drewna, słoje powinny być ułożone wzdłuż dłuższej krawędzi. | Tak, podać |  |
|  | Kolor płyty oraz blatów dostosowany do wymagań Zamawiającego (do ustalenia po wyborze oferty). | Tak, podać |  |
|  | Konstrukcja nóg stołu wykonana z profila stalowego zamkniętego o gr. ścianki min. 3mm malowanego proszkowo, kolor do ustalenia z Zamawiającym (kolornik RAL) | Tak, podać |  |
|  | Przekrój profila konstrukcyjnego dla nóg to min. 60x40 mm | Tak, podać |  |
|  | Nogi mebla zakończone w sposób zapewniający ograniczenie możliwości rysowania podłogi | Tak, podać |  |
|  | Powierzchnia blatu mocowana z konstrukcją metalową przy pomocy min. 12 elementów łączeniowych | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać:. |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.26 Łazienka - Krzesło prysznicowe składane – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Siedzisko z trwałego PCV o podwyższonej odporności na wilgoć i łatwe w czyszczeniu, wymiar 40×32 cm | Tak, podać |  |
|  | Rama wykonana z aluminium i wzmacnianych wsporników montowanych do ściany | Tak, podać |  |
|  | Składana konstrukcja pozwala zminimalizować zajmowaną przestrzeń po zakończeniu użytkowania | Tak, podać |  |
|  | Nóżki regulowane w zakresie wysokości 42–52 cm, co umożliwia dopasowanie do wzrostu użytkownika | Tak, podać |  |
|  | Gumowe nasadki na nóżkach zabezpieczają taboret przed ślizganiem oraz łazienkę przed uszkodzeniami | Tak, podać |  |
|  | **Dane techniczne**  Wymiary siedziska:**32 x 40 cm** Regulacja wysokości:**42 - 52 cm** Waga:**2,15 kg** Maksymalne obciążenie:**136 kg** +/- 0,5 - 1 cm | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.27 Pokój 3-os.- Łóżko rehabilitacyjne – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Łóżko fabrycznie nowe, Konstrukcja wykonana z kształtowników stalowych pokrytych lakierem poliestrowo - epoksydowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV, | Tak, podać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne łóżka:   * Długość całkowita: 2210 mm, (+/- 30 mm)   Szerokość całkowita: 1000 mm, (+/- 30 mm) | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka o wymiarach 2000 x 900 mm | Tak, podać |  |
|  | Obudowa łóżka oraz barierki boczne wykonane z drewna w kolorze bukowym. | Tak, podać |  |
|  | Obudowa drewniana oraz drewniane barierki boczne estetycznie wykończone o ergonomicznych kształtach. | Tak, podać |  |
|  | Barierki boczne łóżka zabezpieczające pacjenta na całej długości leża, zintegrowane z drewnianą obudową z zaokrąglonymi krawędziami,  Wysokość barierki min. 38 cm od powierzchni leża | Tak, podać |  |
|  | Mechanizm zwalniający barierkę z funkcją świadomego użycia (zabezpieczający przed niepożądanym opuszczeniem barierki)  Łóżko wyposażone w system szybkiego odejmowania i zakładania barierek na słupki bez użycia narzędzi na tzw. „CLICK” | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka 4 segmentowe w tym 3 segmenty uchylne | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka wypełnione drewnianymi lamelami. | Tak, podać |  |
|  | Rama leża wyposażona w tuleje do mocowania wieszaka kroplówki oraz wysięgnika z uchwytem do ręki z możliwością montowania wyposażenia dowolnie po lewej lub prawej stronie łóżka | Tak, podać |  |
|  | Kolor powierzchni lakierowanych łóżka zbliżony do koloru obudowy oraz barierek | Tak, podać |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości leża w zakresie od:  40 - 80 cm, | Tak, podać |  |
|  | Pozostałe elektryczne regulacje :   * kąt segmentu oparcia pleców: 0 - 70°, (+/-3°) * kąt segmentu uda: 0 - 40°, (+/-3°)   pozycja anty-Trendelenburga: 15, (+/-3°) | Tak, podać |  |
|  | Pilot przewodowy dedykowany dla pacjenta i personelu z możliwością blokady poszczególnych pozycji | Tak, podać |  |
|  | Łóżko z możliwością wielokrotnego składania w celu transportu i magazynowania | Tak, podać |  |
|  | Elektryczne zasilanie: 230 V  Łóżko wyposażone w system siłowników elektrycznych marki LINAK | Tak, podać |  |
|  | Podstawa łóżka jezdna wyposażona w antystatyczne koła o średnicy 100 mm z indywidualną blokadą jazdy i obrotu | Tak, podać |  |
|  | Koła dopasowane kolorystycznie do ramy łóżka | Tak, podać |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie robocze łóżka min. 185 kg | Tak, podać |  |
|  | Elementy wyposażenia łóżka:  - Wysięgnik z uchwytem do ręki  - Siłowniki w szczytach łóżka zasłonięte obudową drewnianą w kolorze łóżka | Tak, podać |  |
|  | Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE. Wyrób medyczny (załączyć dokumenty dopuszczające) | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.27 Pokój 3-os.- Szafka nocna z blatem bocznym – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Konstrukcja szafki składająca się z dwóch szuflad z przestrzenią wolną pomiędzy nimi, oraz blatu głównego. | Tak, podać |  |
|  | Korpus szafki wykonany z płyty KF ( płyta wiórowa, wyposażona w plastikową osłonę) o grubości 28 mm, obrotowy umieszczony na mobilnej podstawie, pozwalający na umieszczeniu blatu bocznego szafki z lewej, bądź prawej strony łóżka. Funkcje zmiany stron umieszczenia blatu bocznego realizowane dwoma przyciskami w miejscu łatwego dostępu. | Tak, podać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne:  - wysokość  -  760 mm  - głębokość  -  420 mm (± 30mm),  - szerokość przy rozłożonym blacie - 1110 mm (± 20mm), - szerokość z blatem bocznym – 630 mm (+/- 20mm)  - regulacja wysokości półki bocznej w zakresie: od 800 do 1100 mm; | Tak, podać |  |
|  | Boki blatu głównego zaokrąglone. | Tak, podać |  |
|  | Górna powierzchnia blatu bocznego wykonana z płyty KF o grubości 8 mm, natomiast dolna wysuwana powierzchnia blatu bocznego wykonana z płyty HPL o grubości 6 mm | Tak, podać |  |
|  | Fronty dwóch szuflad wykonane z płyty KF o grubości min.19 mm w kolorze drewnopodobnym zaopatrzone w chromowane uchwyty | Tak, podać |  |
|  | Szuflady górna i dolna wysuwane na prowadnicach. | Tak, podać |  |
|  | Pomiędzy szufladami znajduje się półka na prasę o wysokości min. 110 mm, dostęp od frontu szafki. | Tak, podać |  |
|  | Półka boczna z możliwością regulacji wysokości. Płynna, bezstopniowa regulacja wysokości półki bocznej wspomagana sprężyną gazową, osłoniętą aluminiową osłoną. Regulację wysokości dokonujemy za pomocą tworzywowych dźwigni znajdujących się poniżej blatu przy prowadnicach sprężyny gazowej; | Tak, podać |  |
|  | Blat boczny znajduje się nad korpusem szafki, jest zabezpieczony od frontu tworzywową listwą, natomiast boki blatu otaczają aluminiowe listwy spełniające również rolę prowadnic dla dolnej powierzchni blatu bocznego; | Tak, podać |  |
|  | 4 podwójne koła jezdne o średnicy 65 mm. z elastycznym, niebrudzącym podłóg bieżnikiem, min. 2 z blokadą. | Tak, podać |  |
|  | Przystosowana do dezynfekcji środkami dopuszczonymi do używanych przy pacjencie. | Tak, podać |  |
|  | Możliwość wyboru kolorów frontów szuflad oraz blatu z min. 10 kolorów. | Tak, podać |  |
|  | ·      Deklaracja zgodności Certyfikat ISO 9001:2015 lub równoważny potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiami,  Certyfikat ISO 13485:2016   potwierdzający, że producent wdrożył i utrzymuje system zarządzania jakością dla wyrobów medycznych. | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.27 Pokój 3-os.- Krzesło – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | **Stelaż:** wykonany ze stalowej rury płasko‑owalnej (30 × 15 mm, 1,2–1,5 mm grubości), spawany dwustronnie, co zapewnia wyjątkową trwałość i stabilność | Tak, podać |  |
|  | **Powłoka:** malowanie proszkowe (kolor czarny, aluminium lub chrom), zabezpieczone antykorozyjnie | Tak, podać |  |
|  | Siedzisko i oparcie: na szkielecie ze sklejki bukowej (ok. 4,6 mm), pokryte pianką poliuretanową (~35 mm), zapewniającą wysoki komfort | Tak, podać |  |
|  | Tapicerka: szeroki wybór typu Skaj (ekoskóra), trudnopalne i o wysokiej trwałości (do 200 000 cykli Martindale), dostosowane do wymogów przestrzeni publicznych | Tak, podać |  |
|  | Stopki: plastikowe nakładki chroniące podłogę przed uszkodzeniem | Tak, podać |  |
|  | Wymiary i parametry użytkowe   * Wysokość całkowita: ok. 820–830 mm * Szerokość: ok. 530–540 mm * Głębokość: ok. 540–590 mm * Wysokość siedziska: 450–470 mm * Waga: 5–5,5 kg * Maks. obciążenie: 100–160 kg, zgodnie z normami bezpieczeństwa | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.27 Pokój 3-os. - Stolik kawowy – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Blat o grubości min. 36 mm zakończony okleiną min. 1 mm chyba że wymaga tego konstrukcja to zakończony okleiną min. 2 mm | Tak, podać |  |
|  | Blat o wymiarach min. 1000 mm x 1000 mm | Tak, podać |  |
|  | Wszystkie nieosłonięte krawędzie mebla zabezpieczone okleiną PCV 1 mm lub jeśli wymaga tego konstrukcja 2 mm, klejone przy użyciu technologii zawierającej mniej niz 0,1% monomerów izocyjanianowych. | Tak, podać |  |
|  | W przypadku zastosowania płyt melaminowanych o strukturze drewna, słoje powinny być ułożone wzdłuż dłuższej krawędzi. | Tak, podać |  |
|  | Kolor płyty oraz blatów dostosowany do wymagań Zamawiającego (do ustalenia po wyborze oferty). | Tak, podać |  |
|  | Konstrukcja nóg stołu wykonana z profila stalowego zamkniętego o gr. ścianki min. 3mm malowanego proszkowo, kolor do ustalenia z Zamawiającym (kolornik RAL) | Tak, podać |  |
|  | Przekrój profila konstrukcyjnego dla nóg to min. 60x40 mm | Tak, podać |  |
|  | Nogi mebla zakończone w sposób zapewniający ograniczenie możliwości rysowania podłogi | Tak, podać |  |
|  | Powierzchnia blatu mocowana z konstrukcją metalową przy pomocy min. 12 elementów łączeniowych | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.28 Łazienka - Krzesło prysznicowe składane – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Siedzisko z trwałego PCV o podwyższonej odporności na wilgoć i łatwe w czyszczeniu, wymiar 40×32 cm | Tak, podać |  |
|  | Rama wykonana z aluminium i wzmacnianych wsporników montowanych do ściany | Tak, podać |  |
|  | Składana konstrukcja pozwala zminimalizować zajmowaną przestrzeń po zakończeniu użytkowania | Tak, podać |  |
|  | Nóżki regulowane w zakresie wysokości 42–52 cm, co umożliwia dopasowanie do wzrostu użytkownika | Tak, podać |  |
|  | Gumowe nasadki na nóżkach zabezpieczają taboret przed ślizganiem oraz łazienkę przed uszkodzeniami | Tak, podać |  |
|  | **Dane techniczne**  Wymiary siedziska:**32 x 40 cm** Regulacja wysokości:**42 - 52 cm** Waga:**2,15 kg** Maksymalne obciążenie:**136 kg** +/- 0,5 - 1 cm | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.29 Pokój 3-os.- Łóżko rehabilitacyjne – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Łóżko fabrycznie nowe, Konstrukcja wykonana z kształtowników stalowych pokrytych lakierem poliestrowo - epoksydowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV, | Tak, podać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne łóżka:   * Długość całkowita: 2210 mm, (+/- 30 mm)   Szerokość całkowita: 1000 mm, (+/- 30 mm) | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka o wymiarach 2000 x 900 mm | Tak, podać |  |
|  | Obudowa łóżka oraz barierki boczne wykonane z drewna w kolorze bukowym. | Tak, podać |  |
|  | Obudowa drewniana oraz drewniane barierki boczne estetycznie wykończone o ergonomicznych kształtach. | Tak, podać |  |
|  | Barierki boczne łóżka zabezpieczające pacjenta na całej długości leża, zintegrowane z drewnianą obudową z zaokrąglonymi krawędziami,  Wysokość barierki min. 38 cm od powierzchni leża | Tak, podać |  |
|  | Mechanizm zwalniający barierkę z funkcją świadomego użycia (zabezpieczający przed niepożądanym opuszczeniem barierki)  Łóżko wyposażone w system szybkiego odejmowania i zakładania barierek na słupki bez użycia narzędzi na tzw. „CLICK” | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka 4 segmentowe w tym 3 segmenty uchylne | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka wypełnione drewnianymi lamelami. | Tak, podać |  |
|  | Rama leża wyposażona w tuleje do mocowania wieszaka kroplówki oraz wysięgnika z uchwytem do ręki z możliwością montowania wyposażenia dowolnie po lewej lub prawej stronie łóżka | Tak, podać |  |
|  | Kolor powierzchni lakierowanych łóżka zbliżony do koloru obudowy oraz barierek | Tak, podać |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości leża w zakresie od:  40 - 80 cm, | Tak, podać |  |
|  | Pozostałe elektryczne regulacje :   * kąt segmentu oparcia pleców: 0 - 70°, (+/-3°) * kąt segmentu uda: 0 - 40°, (+/-3°)   pozycja anty-Trendelenburga: 15, (+/-3°) | Tak, podać |  |
|  | Pilot przewodowy dedykowany dla pacjenta i personelu z możliwością blokady poszczególnych pozycji | Tak, podać |  |
|  | Łóżko z możliwością wielokrotnego składania w celu transportu i magazynowania | Tak, podać |  |
|  | Elektryczne zasilanie: 230 V  Łóżko wyposażone w system siłowników elektrycznych marki LINAK | Tak, podać |  |
|  | Podstawa łóżka jezdna wyposażona w antystatyczne koła o średnicy 100 mm z indywidualną blokadą jazdy i obrotu | Tak, podać |  |
|  | Koła dopasowane kolorystycznie do ramy łóżka | Tak, podać |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie robocze łóżka min. 185 kg | Tak, podać |  |
|  | Elementy wyposażenia łóżka:  - Wysięgnik z uchwytem do ręki  - Siłowniki w szczytach łóżka zasłonięte obudową drewnianą w kolorze łóżka | Tak, podać |  |
|  | Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE. Wyrób medyczny (załączyć dokumenty dopuszczające) | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.29 Pokój 3-os.- Szafka nocna z blatem bocznym – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Konstrukcja szafki składająca się z dwóch szuflad z przestrzenią wolną pomiędzy nimi, oraz blatu głównego. | Tak, podać |  |
|  | Korpus szafki wykonany z płyty KF ( płyta wiórowa, wyposażona w plastikową osłonę) o grubości 28 mm, obrotowy umieszczony na mobilnej podstawie, pozwalający na umieszczeniu blatu bocznego szafki z lewej, bądź prawej strony łóżka. Funkcje zmiany stron umieszczenia blatu bocznego realizowane dwoma przyciskami w miejscu łatwego dostępu. | Tak, podać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne:  - wysokość  -  760 mm  - głębokość  -  420 mm (± 30mm),  - szerokość przy rozłożonym blacie - 1110 mm (± 20mm), - szerokość z blatem bocznym – 630 mm (+/- 20mm)  - regulacja wysokości półki bocznej w zakresie: od 800 do 1100 mm; | Tak, podać |  |
|  | Boki blatu głównego zaokrąglone. | Tak, podać |  |
|  | Górna powierzchnia blatu bocznego wykonana z płyty KF o grubości 8 mm, natomiast dolna wysuwana powierzchnia blatu bocznego wykonana z płyty HPL o grubości 6 mm | Tak, podać |  |
|  | Fronty dwóch szuflad wykonane z płyty KF o grubości min.19 mm w kolorze drewnopodobnym zaopatrzone w chromowane uchwyty | Tak, podać |  |
|  | Szuflady górna i dolna wysuwane na prowadnicach. | Tak, podać |  |
|  | Pomiędzy szufladami znajduje się półka na prasę o wysokości min. 110 mm, dostęp od frontu szafki. | Tak, podać |  |
|  | Półka boczna z możliwością regulacji wysokości. Płynna, bezstopniowa regulacja wysokości półki bocznej wspomagana sprężyną gazową, osłoniętą aluminiową osłoną. Regulację wysokości dokonujemy za pomocą tworzywowych dźwigni znajdujących się poniżej blatu przy prowadnicach sprężyny gazowej; | Tak, podać |  |
|  | Blat boczny znajduje się nad korpusem szafki, jest zabezpieczony od frontu tworzywową listwą, natomiast boki blatu otaczają aluminiowe listwy spełniające również rolę prowadnic dla dolnej powierzchni blatu bocznego; | Tak, podać |  |
|  | 4 podwójne koła jezdne o średnicy 65 mm. z elastycznym, niebrudzącym podłóg bieżnikiem, min. 2 z blokadą. | Tak, podać |  |
|  | Przystosowana do dezynfekcji środkami dopuszczonymi do używanych przy pacjencie. | Tak, podać |  |
|  | Możliwość wyboru kolorów frontów szuflad oraz blatu z min. 10 kolorów. | Tak, podać |  |
|  | ·      Deklaracja zgodności Certyfikat ISO 9001:2015 lub równoważny potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiami,  Certyfikat ISO 13485:2016   potwierdzający, że producent wdrożył i utrzymuje system zarządzania jakością dla wyrobów medycznych. | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.29 Pokój 3-os.- Krzesło – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | **Stelaż:** wykonany ze stalowej rury płasko‑owalnej (30 × 15 mm, 1,2–1,5 mm grubości), spawany dwustronnie, co zapewnia wyjątkową trwałość i stabilność | Tak, podać |  |
|  | **Powłoka:** malowanie proszkowe (kolor czarny, aluminium lub chrom), zabezpieczone antykorozyjnie | Tak, podać |  |
|  | Siedzisko i oparcie: na szkielecie ze sklejki bukowej (ok. 4,6 mm), pokryte pianką poliuretanową (~35 mm), zapewniającą wysoki komfort | Tak, podać |  |
|  | Tapicerka: szeroki wybór typu Skaj (ekoskóra), trudnopalne i o wysokiej trwałości (do 200 000 cykli Martindale), dostosowane do wymogów przestrzeni publicznych | Tak, podać |  |
|  | Stopki: plastikowe nakładki chroniące podłogę przed uszkodzeniem | Tak, podać |  |
|  | Wymiary i parametry użytkowe   * Wysokość całkowita: ok. 820–830 mm * Szerokość: ok. 530–540 mm * Głębokość: ok. 540–590 mm * Wysokość siedziska: 450–470 mm * Waga: 5–5,5 kg * Maks. obciążenie: 100–160 kg, zgodnie z normami bezpieczeństwa | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.29 Pokój 3-os. - Stolik kawowy – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Blat o grubości min. 36 mm zakończony okleiną min. 1 mm chyba że wymaga tego konstrukcja to zakończony okleiną min. 2 mm | Tak, podać |  |
|  | Blat o wymiarach min. 1000 mm x 1000 mm | Tak, podać |  |
|  | Wszystkie nieosłonięte krawędzie mebla zabezpieczone okleiną PCV 1 mm lub jeśli wymaga tego konstrukcja 2 mm, klejone przy użyciu technologii zawierającej mniej niz 0,1% monomerów izocyjanianowych. | Tak, podać |  |
|  | W przypadku zastosowania płyt melaminowanych o strukturze drewna, słoje powinny być ułożone wzdłuż dłuższej krawędzi. | Tak, podać |  |
|  | Kolor płyty oraz blatów dostosowany do wymagań Zamawiającego (do ustalenia po wyborze oferty). | Tak, podać |  |
|  | Konstrukcja nóg stołu wykonana z profila stalowego zamkniętego o gr. ścianki min. 3mm malowanego proszkowo, kolor do ustalenia z Zamawiającym (kolornik RAL) | Tak, podać |  |
|  | Przekrój profila konstrukcyjnego dla nóg to min. 60x40 mm | Tak, podać |  |
|  | Nogi mebla zakończone w sposób zapewniający ograniczenie możliwości rysowania podłogi | Tak, podać |  |
|  | Powierzchnia blatu mocowana z konstrukcją metalową przy pomocy min. 12 elementów łączeniowych | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.30 Łazienka - Krzesło prysznicowe składane – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Siedzisko z trwałego PCV o podwyższonej odporności na wilgoć i łatwe w czyszczeniu, wymiar 40×32 cm | Tak, podać |  |
|  | Rama wykonana z aluminium i wzmacnianych wsporników montowanych do ściany | Tak, podać |  |
|  | Składana konstrukcja pozwala zminimalizować zajmowaną przestrzeń po zakończeniu użytkowania | Tak, podać |  |
|  | Nóżki regulowane w zakresie wysokości 42–52 cm, co umożliwia dopasowanie do wzrostu użytkownika | Tak, podać |  |
|  | Gumowe nasadki na nóżkach zabezpieczają taboret przed ślizganiem oraz łazienkę przed uszkodzeniami | Tak, podać |  |
|  | **Dane techniczne**  Wymiary siedziska:**32 x 40 cm** Regulacja wysokości:**42 - 52 cm** Waga:**2,15 kg** Maksymalne obciążenie:**136 kg** +/- 0,5 - 1 cm | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.31 Pokój 3-os.- Łóżko rehabilitacyjne – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Łóżko fabrycznie nowe, Konstrukcja wykonana z kształtowników stalowych pokrytych lakierem poliestrowo - epoksydowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV, | Tak, podać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne łóżka:   * Długość całkowita: 2210 mm, (+/- 30 mm)   Szerokość całkowita: 1000 mm, (+/- 30 mm) | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka o wymiarach 2000 x 900 mm | Tak, podać |  |
|  | Obudowa łóżka oraz barierki boczne wykonane z drewna w kolorze bukowym. | Tak, podać |  |
|  | Obudowa drewniana oraz drewniane barierki boczne estetycznie wykończone o ergonomicznych kształtach. | Tak, podać |  |
|  | Barierki boczne łóżka zabezpieczające pacjenta na całej długości leża, zintegrowane z drewnianą obudową z zaokrąglonymi krawędziami,  Wysokość barierki min. 38 cm od powierzchni leża | Tak, podać |  |
|  | Mechanizm zwalniający barierkę z funkcją świadomego użycia (zabezpieczający przed niepożądanym opuszczeniem barierki)  Łóżko wyposażone w system szybkiego odejmowania i zakładania barierek na słupki bez użycia narzędzi na tzw. „CLICK” | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka 4 segmentowe w tym 3 segmenty uchylne | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka wypełnione drewnianymi lamelami. | Tak, podać |  |
|  | Rama leża wyposażona w tuleje do mocowania wieszaka kroplówki oraz wysięgnika z uchwytem do ręki z możliwością montowania wyposażenia dowolnie po lewej lub prawej stronie łóżka | Tak, podać |  |
|  | Kolor powierzchni lakierowanych łóżka zbliżony do koloru obudowy oraz barierek | Tak, podać |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości leża w zakresie od:  40 - 80 cm, | Tak, podać |  |
|  | Pozostałe elektryczne regulacje :   * kąt segmentu oparcia pleców: 0 - 70°, (+/-3°) * kąt segmentu uda: 0 - 40°, (+/-3°)   pozycja anty-Trendelenburga: 15, (+/-3°) | Tak, podać |  |
|  | Pilot przewodowy dedykowany dla pacjenta i personelu z możliwością blokady poszczególnych pozycji | Tak, podać |  |
|  | Łóżko z możliwością wielokrotnego składania w celu transportu i magazynowania | Tak, podać |  |
|  | Elektryczne zasilanie: 230 V  Łóżko wyposażone w system siłowników elektrycznych marki LINAK | Tak, podać |  |
|  | Podstawa łóżka jezdna wyposażona w antystatyczne koła o średnicy 100 mm z indywidualną blokadą jazdy i obrotu | Tak, podać |  |
|  | Koła dopasowane kolorystycznie do ramy łóżka | Tak, podać |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie robocze łóżka min. 185 kg | Tak, podać |  |
|  | Elementy wyposażenia łóżka:  - Wysięgnik z uchwytem do ręki  - Siłowniki w szczytach łóżka zasłonięte obudową drewnianą w kolorze łóżka | Tak, podać |  |
|  | Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE. Wyrób medyczny (załączyć dokumenty dopuszczające) | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.31 Pokój 3-os.- Szafka nocna z blatem bocznym – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Konstrukcja szafki składająca się z dwóch szuflad z przestrzenią wolną pomiędzy nimi, oraz blatu głównego. | Tak, podać |  |
|  | Korpus szafki wykonany z płyty KF ( płyta wiórowa, wyposażona w plastikową osłonę) o grubości 28 mm, obrotowy umieszczony na mobilnej podstawie, pozwalający na umieszczeniu blatu bocznego szafki z lewej, bądź prawej strony łóżka. Funkcje zmiany stron umieszczenia blatu bocznego realizowane dwoma przyciskami w miejscu łatwego dostępu. | Tak, podać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne:  - wysokość  -  760 mm  - głębokość  -  420 mm (± 30mm),  - szerokość przy rozłożonym blacie - 1110 mm (± 20mm), - szerokość z blatem bocznym – 630 mm (+/- 20mm)  - regulacja wysokości półki bocznej w zakresie: od 800 do 1100 mm; | Tak, podać |  |
|  | Boki blatu głównego zaokrąglone. | Tak, podać |  |
|  | Górna powierzchnia blatu bocznego wykonana z płyty KF o grubości 8 mm, natomiast dolna wysuwana powierzchnia blatu bocznego wykonana z płyty HPL o grubości 6 mm | Tak, podać |  |
|  | Fronty dwóch szuflad wykonane z płyty KF o grubości min.19 mm w kolorze drewnopodobnym zaopatrzone w chromowane uchwyty | Tak, podać |  |
|  | Szuflady górna i dolna wysuwane na prowadnicach. | Tak, podać |  |
|  | Pomiędzy szufladami znajduje się półka na prasę o wysokości min. 110 mm, dostęp od frontu szafki. | Tak, podać |  |
|  | Półka boczna z możliwością regulacji wysokości. Płynna, bezstopniowa regulacja wysokości półki bocznej wspomagana sprężyną gazową, osłoniętą aluminiową osłoną. Regulację wysokości dokonujemy za pomocą tworzywowych dźwigni znajdujących się poniżej blatu przy prowadnicach sprężyny gazowej; | Tak, podać |  |
|  | Blat boczny znajduje się nad korpusem szafki, jest zabezpieczony od frontu tworzywową listwą, natomiast boki blatu otaczają aluminiowe listwy spełniające również rolę prowadnic dla dolnej powierzchni blatu bocznego; | Tak, podać |  |
|  | 4 podwójne koła jezdne o średnicy 65 mm. z elastycznym, niebrudzącym podłóg bieżnikiem, min. 2 z blokadą. | Tak, podać |  |
|  | Przystosowana do dezynfekcji środkami dopuszczonymi do używanych przy pacjencie. | Tak, podać |  |
|  | Możliwość wyboru kolorów frontów szuflad oraz blatu z min. 10 kolorów. | Tak, podać |  |
|  | ·      Deklaracja zgodności Certyfikat ISO 9001:2015 lub równoważny potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiami,  Certyfikat ISO 13485:2016   potwierdzający, że producent wdrożył i utrzymuje system zarządzania jakością dla wyrobów medycznych. | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.31 Pokój 3-os.- Krzesło – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | **Stelaż:** wykonany ze stalowej rury płasko‑owalnej (30 × 15 mm, 1,2–1,5 mm grubości), spawany dwustronnie, co zapewnia wyjątkową trwałość i stabilność | Tak, podać |  |
|  | **Powłoka:** malowanie proszkowe (kolor czarny, aluminium lub chrom), zabezpieczone antykorozyjnie | Tak, podać |  |
|  | Siedzisko i oparcie: na szkielecie ze sklejki bukowej (ok. 4,6 mm), pokryte pianką poliuretanową (~35 mm), zapewniającą wysoki komfort | Tak, podać |  |
|  | Tapicerka: szeroki wybór typu Skaj (ekoskóra), trudnopalne i o wysokiej trwałości (do 200 000 cykli Martindale), dostosowane do wymogów przestrzeni publicznych | Tak, podać |  |
|  | Stopki: plastikowe nakładki chroniące podłogę przed uszkodzeniem | Tak, podać |  |
|  | Wymiary i parametry użytkowe   * Wysokość całkowita: ok. 820–830 mm * Szerokość: ok. 530–540 mm * Głębokość: ok. 540–590 mm * Wysokość siedziska: 450–470 mm * Waga: 5–5,5 kg * Maks. obciążenie: 100–160 kg, zgodnie z normami bezpieczeństwa | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.31 Pokój 3-os. - Stolik kawowy – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Blat o grubości min. 36 mm zakończony okleiną min. 1 mm chyba że wymaga tego konstrukcja to zakończony okleiną min. 2 mm | Tak, podać |  |
|  | Blat o wymiarach min. 1000 mm x 1000 mm | Tak, podać |  |
|  | Wszystkie nieosłonięte krawędzie mebla zabezpieczone okleiną PCV 1 mm lub jeśli wymaga tego konstrukcja 2 mm, klejone przy użyciu technologii zawierającej mniej niz 0,1% monomerów izocyjanianowych. | Tak, podać |  |
|  | W przypadku zastosowania płyt melaminowanych o strukturze drewna, słoje powinny być ułożone wzdłuż dłuższej krawędzi. | Tak, podać |  |
|  | Kolor płyty oraz blatów dostosowany do wymagań Zamawiającego (do ustalenia po wyborze oferty). | Tak, podać |  |
|  | Konstrukcja nóg stołu wykonana z profila stalowego zamkniętego o gr. ścianki min. 3mm malowanego proszkowo, kolor do ustalenia z Zamawiającym (kolornik RAL) | Tak, podać |  |
|  | Przekrój profila konstrukcyjnego dla nóg to min. 60x40 mm | Tak, podać |  |
|  | Nogi mebla zakończone w sposób zapewniający ograniczenie możliwości rysowania podłogi | Tak, podać |  |
|  | Powierzchnia blatu mocowana z konstrukcją metalową przy pomocy min. 12 elementów łączeniowych | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.32 Łazienka - Krzesło prysznicowe składane – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Siedzisko z trwałego PCV o podwyższonej odporności na wilgoć i łatwe w czyszczeniu, wymiar 40×32 cm | Tak, podać |  |
|  | Rama wykonana z aluminium i wzmacnianych wsporników montowanych do ściany | Tak, podać |  |
|  | Składana konstrukcja pozwala zminimalizować zajmowaną przestrzeń po zakończeniu użytkowania | Tak, podać |  |
|  | Nóżki regulowane w zakresie wysokości 42–52 cm, co umożliwia dopasowanie do wzrostu użytkownika | Tak, podać |  |
|  | Gumowe nasadki na nóżkach zabezpieczają taboret przed ślizganiem oraz łazienkę przed uszkodzeniami | Tak, podać |  |
|  | **Dane techniczne**  Wymiary siedziska:**32 x 40 cm** Regulacja wysokości:**42 - 52 cm** Waga:**2,15 kg** Maksymalne obciążenie:**136 kg** +/- 0,5 - 1 cm | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.33 Pokój 3-os.- Łóżko rehabilitacyjne – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Łóżko fabrycznie nowe, Konstrukcja wykonana z kształtowników stalowych pokrytych lakierem poliestrowo - epoksydowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV, | Tak, podać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne łóżka:   * Długość całkowita: 2210 mm, (+/- 30 mm)   Szerokość całkowita: 1000 mm, (+/- 30 mm) | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka o wymiarach 2000 x 900 mm | Tak, podać |  |
|  | Obudowa łóżka oraz barierki boczne wykonane z drewna w kolorze bukowym. | Tak, podać |  |
|  | Obudowa drewniana oraz drewniane barierki boczne estetycznie wykończone o ergonomicznych kształtach. | Tak, podać |  |
|  | Barierki boczne łóżka zabezpieczające pacjenta na całej długości leża, zintegrowane z drewnianą obudową z zaokrąglonymi krawędziami,  Wysokość barierki min. 38 cm od powierzchni leża | Tak, podać |  |
|  | Mechanizm zwalniający barierkę z funkcją świadomego użycia (zabezpieczający przed niepożądanym opuszczeniem barierki)  Łóżko wyposażone w system szybkiego odejmowania i zakładania barierek na słupki bez użycia narzędzi na tzw. „CLICK” | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka 4 segmentowe w tym 3 segmenty uchylne | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka wypełnione drewnianymi lamelami. | Tak, podać |  |
|  | Rama leża wyposażona w tuleje do mocowania wieszaka kroplówki oraz wysięgnika z uchwytem do ręki z możliwością montowania wyposażenia dowolnie po lewej lub prawej stronie łóżka | Tak, podać |  |
|  | Kolor powierzchni lakierowanych łóżka zbliżony do koloru obudowy oraz barierek | Tak, podać |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości leża w zakresie od:  40 - 80 cm, | Tak, podać |  |
|  | Pozostałe elektryczne regulacje :   * kąt segmentu oparcia pleców: 0 - 70°, (+/-3°) * kąt segmentu uda: 0 - 40°, (+/-3°)   pozycja anty-Trendelenburga: 15, (+/-3°) | Tak, podać |  |
|  | Pilot przewodowy dedykowany dla pacjenta i personelu z możliwością blokady poszczególnych pozycji | Tak, podać |  |
|  | Łóżko z możliwością wielokrotnego składania w celu transportu i magazynowania | Tak, podać |  |
|  | Elektryczne zasilanie: 230 V  Łóżko wyposażone w system siłowników elektrycznych marki LINAK | Tak, podać |  |
|  | Podstawa łóżka jezdna wyposażona w antystatyczne koła o średnicy 100 mm z indywidualną blokadą jazdy i obrotu | Tak, podać |  |
|  | Koła dopasowane kolorystycznie do ramy łóżka | Tak, podać |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie robocze łóżka min. 185 kg | Tak, podać |  |
|  | Elementy wyposażenia łóżka:  - Wysięgnik z uchwytem do ręki  - Siłowniki w szczytach łóżka zasłonięte obudową drewnianą w kolorze łóżka | Tak, podać |  |
|  | Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE. Wyrób medyczny (załączyć dokumenty dopuszczające) | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.33 Pokój 3-os.- Szafka nocna z blatem bocznym – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Konstrukcja szafki składająca się z dwóch szuflad z przestrzenią wolną pomiędzy nimi, oraz blatu głównego. | Tak, podać |  |
|  | Korpus szafki wykonany z płyty KF ( płyta wiórowa, wyposażona w plastikową osłonę) o grubości 28 mm, obrotowy umieszczony na mobilnej podstawie, pozwalający na umieszczeniu blatu bocznego szafki z lewej, bądź prawej strony łóżka. Funkcje zmiany stron umieszczenia blatu bocznego realizowane dwoma przyciskami w miejscu łatwego dostępu. | Tak, podać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne:  - wysokość  -  760 mm  - głębokość  -  420 mm (± 30mm),  - szerokość przy rozłożonym blacie - 1110 mm (± 20mm), - szerokość z blatem bocznym – 630 mm (+/- 20mm)  - regulacja wysokości półki bocznej w zakresie: od 800 do 1100 mm; | Tak, podać |  |
|  | Boki blatu głównego zaokrąglone. | Tak, podać |  |
|  | Górna powierzchnia blatu bocznego wykonana z płyty KF o grubości 8 mm, natomiast dolna wysuwana powierzchnia blatu bocznego wykonana z płyty HPL o grubości 6 mm | Tak, podać |  |
|  | Fronty dwóch szuflad wykonane z płyty KF o grubości min.19 mm w kolorze drewnopodobnym zaopatrzone w chromowane uchwyty | Tak, podać |  |
|  | Szuflady górna i dolna wysuwane na prowadnicach. | Tak, podać |  |
|  | Pomiędzy szufladami znajduje się półka na prasę o wysokości min. 110 mm, dostęp od frontu szafki. | Tak, podać |  |
|  | Półka boczna z możliwością regulacji wysokości. Płynna, bezstopniowa regulacja wysokości półki bocznej wspomagana sprężyną gazową, osłoniętą aluminiową osłoną. Regulację wysokości dokonujemy za pomocą tworzywowych dźwigni znajdujących się poniżej blatu przy prowadnicach sprężyny gazowej; | Tak, podać |  |
|  | Blat boczny znajduje się nad korpusem szafki, jest zabezpieczony od frontu tworzywową listwą, natomiast boki blatu otaczają aluminiowe listwy spełniające również rolę prowadnic dla dolnej powierzchni blatu bocznego; | Tak, podać |  |
|  | 4 podwójne koła jezdne o średnicy 65 mm. z elastycznym, niebrudzącym podłóg bieżnikiem, min. 2 z blokadą. | Tak, podać |  |
|  | Przystosowana do dezynfekcji środkami dopuszczonymi do używanych przy pacjencie. | Tak, podać |  |
|  | Możliwość wyboru kolorów frontów szuflad oraz blatu z min. 10 kolorów. | Tak, podać |  |
|  | ·      Deklaracja zgodności Certyfikat ISO 9001:2015 lub równoważny potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiami,  Certyfikat ISO 13485:2016   potwierdzający, że producent wdrożył i utrzymuje system zarządzania jakością dla wyrobów medycznych. | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.33 Pokój 3-os.- Krzesło – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | **Stelaż:** wykonany ze stalowej rury płasko‑owalnej (30 × 15 mm, 1,2–1,5 mm grubości), spawany dwustronnie, co zapewnia wyjątkową trwałość i stabilność | Tak, podać |  |
|  | **Powłoka:** malowanie proszkowe (kolor czarny, aluminium lub chrom), zabezpieczone antykorozyjnie | Tak, podać |  |
|  | Siedzisko i oparcie: na szkielecie ze sklejki bukowej (ok. 4,6 mm), pokryte pianką poliuretanową (~35 mm), zapewniającą wysoki komfort | Tak, podać |  |
|  | Tapicerka: szeroki wybór typu Skaj (ekoskóra), trudnopalne i o wysokiej trwałości (do 200 000 cykli Martindale), dostosowane do wymogów przestrzeni publicznych | Tak, podać |  |
|  | Stopki: plastikowe nakładki chroniące podłogę przed uszkodzeniem | Tak, podać |  |
|  | Wymiary i parametry użytkowe   * Wysokość całkowita: ok. 820–830 mm * Szerokość: ok. 530–540 mm * Głębokość: ok. 540–590 mm * Wysokość siedziska: 450–470 mm * Waga: 5–5,5 kg * Maks. obciążenie: 100–160 kg, zgodnie z normami bezpieczeństwa | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.33 Pokój 3-os. - Stolik kawowy – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Blat o grubości min. 36 mm zakończony okleiną min. 1 mm chyba że wymaga tego konstrukcja to zakończony okleiną min. 2 mm | Tak, podać |  |
|  | Blat o wymiarach min. 1000 mm x 1000 mm | Tak, podać |  |
|  | Wszystkie nieosłonięte krawędzie mebla zabezpieczone okleiną PCV 1 mm lub jeśli wymaga tego konstrukcja 2 mm, klejone przy użyciu technologii zawierającej mniej niz 0,1% monomerów izocyjanianowych. | Tak, podać |  |
|  | W przypadku zastosowania płyt melaminowanych o strukturze drewna, słoje powinny być ułożone wzdłuż dłuższej krawędzi. | Tak, podać |  |
|  | Kolor płyty oraz blatów dostosowany do wymagań Zamawiającego (do ustalenia po wyborze oferty). | Tak, podać |  |
|  | Konstrukcja nóg stołu wykonana z profila stalowego zamkniętego o gr. ścianki min. 3mm malowanego proszkowo, kolor do ustalenia z Zamawiającym (kolornik RAL) | Tak, podać |  |
|  | Przekrój profila konstrukcyjnego dla nóg to min. 60x40 mm | Tak, podać |  |
|  | Nogi mebla zakończone w sposób zapewniający ograniczenie możliwości rysowania podłogi | Tak, podać |  |
|  | Powierzchnia blatu mocowana z konstrukcją metalową przy pomocy min. 12 elementów łączeniowych | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.34 Łazienka - Krzesło prysznicowe składane – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Siedzisko z trwałego PCV o podwyższonej odporności na wilgoć i łatwe w czyszczeniu, wymiar 40×32 cm | Tak, podać |  |
|  | Rama wykonana z aluminium i wzmacnianych wsporników montowanych do ściany | Tak, podać |  |
|  | Składana konstrukcja pozwala zminimalizować zajmowaną przestrzeń po zakończeniu użytkowania | Tak, podać |  |
|  | Nóżki regulowane w zakresie wysokości 42–52 cm, co umożliwia dopasowanie do wzrostu użytkownika | Tak, podać |  |
|  | Gumowe nasadki na nóżkach zabezpieczają taboret przed ślizganiem oraz łazienkę przed uszkodzeniami | Tak, podać |  |
|  | **Dane techniczne**  Wymiary siedziska:**32 x 40 cm** Regulacja wysokości:**42 - 52 cm** Waga:**2,15 kg** Maksymalne obciążenie:**136 kg** +/- 0,5 - 1 cm | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.35 Pokój 3-os.- Łóżko rehabilitacyjne – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Łóżko fabrycznie nowe, Konstrukcja wykonana z kształtowników stalowych pokrytych lakierem poliestrowo - epoksydowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV, | Tak, podać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne łóżka:   * Długość całkowita: 2210 mm, (+/- 30 mm)   Szerokość całkowita: 1000 mm, (+/- 30 mm) | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka o wymiarach 2000 x 900 mm | Tak, podać |  |
|  | Obudowa łóżka oraz barierki boczne wykonane z drewna w kolorze bukowym. | Tak, podać |  |
|  | Obudowa drewniana oraz drewniane barierki boczne estetycznie wykończone o ergonomicznych kształtach. | Tak, podać |  |
|  | Barierki boczne łóżka zabezpieczające pacjenta na całej długości leża, zintegrowane z drewnianą obudową z zaokrąglonymi krawędziami,  Wysokość barierki min. 38 cm od powierzchni leża | Tak, podać |  |
|  | Mechanizm zwalniający barierkę z funkcją świadomego użycia (zabezpieczający przed niepożądanym opuszczeniem barierki)  Łóżko wyposażone w system szybkiego odejmowania i zakładania barierek na słupki bez użycia narzędzi na tzw. „CLICK” | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka 4 segmentowe w tym 3 segmenty uchylne | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka wypełnione drewnianymi lamelami. | Tak, podać |  |
|  | Rama leża wyposażona w tuleje do mocowania wieszaka kroplówki oraz wysięgnika z uchwytem do ręki z możliwością montowania wyposażenia dowolnie po lewej lub prawej stronie łóżka | Tak, podać |  |
|  | Kolor powierzchni lakierowanych łóżka zbliżony do koloru obudowy oraz barierek | Tak, podać |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości leża w zakresie od:  40 - 80 cm, | Tak, podać |  |
|  | Pozostałe elektryczne regulacje :   * kąt segmentu oparcia pleców: 0 - 70°, (+/-3°) * kąt segmentu uda: 0 - 40°, (+/-3°)   pozycja anty-Trendelenburga: 15, (+/-3°) | Tak, podać |  |
|  | Pilot przewodowy dedykowany dla pacjenta i personelu z możliwością blokady poszczególnych pozycji | Tak, podać |  |
|  | Łóżko z możliwością wielokrotnego składania w celu transportu i magazynowania | Tak, podać |  |
|  | Elektryczne zasilanie: 230 V  Łóżko wyposażone w system siłowników elektrycznych marki LINAK | Tak, podać |  |
|  | Podstawa łóżka jezdna wyposażona w antystatyczne koła o średnicy 100 mm z indywidualną blokadą jazdy i obrotu | Tak, podać |  |
|  | Koła dopasowane kolorystycznie do ramy łóżka | Tak, podać |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie robocze łóżka min. 185 kg | Tak, podać |  |
|  | Elementy wyposażenia łóżka:  - Wysięgnik z uchwytem do ręki  - Siłowniki w szczytach łóżka zasłonięte obudową drewnianą w kolorze łóżka | Tak, podać |  |
|  | Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE. Wyrób medyczny (załączyć dokumenty dopuszczające) | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.35 Pokój 3-os.- Szafka nocna z blatem bocznym – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Konstrukcja szafki składająca się z dwóch szuflad z przestrzenią wolną pomiędzy nimi, oraz blatu głównego. | Tak, podać |  |
|  | Korpus szafki wykonany z płyty KF ( płyta wiórowa, wyposażona w plastikową osłonę) o grubości 28 mm, obrotowy umieszczony na mobilnej podstawie, pozwalający na umieszczeniu blatu bocznego szafki z lewej, bądź prawej strony łóżka. Funkcje zmiany stron umieszczenia blatu bocznego realizowane dwoma przyciskami w miejscu łatwego dostępu. | Tak, podać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne:  - wysokość  -  760 mm  - głębokość  -  420 mm (± 30mm),  - szerokość przy rozłożonym blacie - 1110 mm (± 20mm), - szerokość z blatem bocznym – 630 mm (+/- 20mm)  - regulacja wysokości półki bocznej w zakresie: od 800 do 1100 mm; | Tak, podać |  |
|  | Boki blatu głównego zaokrąglone. | Tak, podać |  |
|  | Górna powierzchnia blatu bocznego wykonana z płyty KF o grubości 8 mm, natomiast dolna wysuwana powierzchnia blatu bocznego wykonana z płyty HPL o grubości 6 mm | Tak, podać |  |
|  | Fronty dwóch szuflad wykonane z płyty KF o grubości min.19 mm w kolorze drewnopodobnym zaopatrzone w chromowane uchwyty | Tak, podać |  |
|  | Szuflady górna i dolna wysuwane na prowadnicach. | Tak, podać |  |
|  | Pomiędzy szufladami znajduje się półka na prasę o wysokości min. 110 mm, dostęp od frontu szafki. | Tak, podać |  |
|  | Półka boczna z możliwością regulacji wysokości. Płynna, bezstopniowa regulacja wysokości półki bocznej wspomagana sprężyną gazową, osłoniętą aluminiową osłoną. Regulację wysokości dokonujemy za pomocą tworzywowych dźwigni znajdujących się poniżej blatu przy prowadnicach sprężyny gazowej; | Tak, podać |  |
|  | Blat boczny znajduje się nad korpusem szafki, jest zabezpieczony od frontu tworzywową listwą, natomiast boki blatu otaczają aluminiowe listwy spełniające również rolę prowadnic dla dolnej powierzchni blatu bocznego; | Tak, podać |  |
|  | 4 podwójne koła jezdne o średnicy 65 mm. z elastycznym, niebrudzącym podłóg bieżnikiem, min. 2 z blokadą. | Tak, podać |  |
|  | Przystosowana do dezynfekcji środkami dopuszczonymi do używanych przy pacjencie. | Tak, podać |  |
|  | Możliwość wyboru kolorów frontów szuflad oraz blatu z min. 10 kolorów. | Tak, podać |  |
|  | ·      Deklaracja zgodności Certyfikat ISO 9001:2015 lub równoważny potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiami,  Certyfikat ISO 13485:2016   potwierdzający, że producent wdrożył i utrzymuje system zarządzania jakością dla wyrobów medycznych. | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.35 Pokój 3-os.- Krzesło – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | **Stelaż:** wykonany ze stalowej rury płasko‑owalnej (30 × 15 mm, 1,2–1,5 mm grubości), spawany dwustronnie, co zapewnia wyjątkową trwałość i stabilność | Tak, podać |  |
|  | **Powłoka:** malowanie proszkowe (kolor czarny, aluminium lub chrom), zabezpieczone antykorozyjnie | Tak, podać |  |
|  | Siedzisko i oparcie: na szkielecie ze sklejki bukowej (ok. 4,6 mm), pokryte pianką poliuretanową (~35 mm), zapewniającą wysoki komfort | Tak, podać |  |
|  | Tapicerka: szeroki wybór typu Skaj (ekoskóra), trudnopalne i o wysokiej trwałości (do 200 000 cykli Martindale), dostosowane do wymogów przestrzeni publicznych | Tak, podać |  |
|  | Stopki: plastikowe nakładki chroniące podłogę przed uszkodzeniem | Tak, podać |  |
|  | Wymiary i parametry użytkowe   * Wysokość całkowita: ok. 820–830 mm * Szerokość: ok. 530–540 mm * Głębokość: ok. 540–590 mm * Wysokość siedziska: 450–470 mm * Waga: 5–5,5 kg * Maks. obciążenie: 100–160 kg, zgodnie z normami bezpieczeństwa | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać:. |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.35 Pokój 3-os. - Stolik kawowy – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Blat o grubości min. 36 mm zakończony okleiną min. 1 mm chyba że wymaga tego konstrukcja to zakończony okleiną min. 2 mm | Tak, podać |  |
|  | Blat o wymiarach min. 1000 mm x 1000 mm | Tak, podać |  |
|  | Wszystkie nieosłonięte krawędzie mebla zabezpieczone okleiną PCV 1 mm lub jeśli wymaga tego konstrukcja 2 mm, klejone przy użyciu technologii zawierającej mniej niz 0,1% monomerów izocyjanianowych. | Tak, podać |  |
|  | W przypadku zastosowania płyt melaminowanych o strukturze drewna, słoje powinny być ułożone wzdłuż dłuższej krawędzi. | Tak, podać |  |
|  | Kolor płyty oraz blatów dostosowany do wymagań Zamawiającego (do ustalenia po wyborze oferty). | Tak, podać |  |
|  | Konstrukcja nóg stołu wykonana z profila stalowego zamkniętego o gr. ścianki min. 3mm malowanego proszkowo, kolor do ustalenia z Zamawiającym (kolornik RAL) | Tak, podać |  |
|  | Przekrój profila konstrukcyjnego dla nóg to min. 60x40 mm | Tak, podać |  |
|  | Nogi mebla zakończone w sposób zapewniający ograniczenie możliwości rysowania podłogi | Tak, podać |  |
|  | Powierzchnia blatu mocowana z konstrukcją metalową przy pomocy min. 12 elementów łączeniowych | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **0.36 Łazienka - Krzesło prysznicowe składane – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Siedzisko z trwałego PCV o podwyższonej odporności na wilgoć i łatwe w czyszczeniu, wymiar 40×32 cm | Tak, podać |  |
|  | Rama wykonana z aluminium i wzmacnianych wsporników montowanych do ściany | Tak, podać |  |
|  | Składana konstrukcja pozwala zminimalizować zajmowaną przestrzeń po zakończeniu użytkowania | Tak, podać |  |
|  | Nóżki regulowane w zakresie wysokości 42–52 cm, co umożliwia dopasowanie do wzrostu użytkownika | Tak, podać |  |
|  | Gumowe nasadki na nóżkach zabezpieczają taboret przed ślizganiem oraz łazienkę przed uszkodzeniami | Tak, podać |  |
|  | **Dane techniczne**  Wymiary siedziska:**32 x 40 cm** Regulacja wysokości:**42 - 52 cm** Waga:**2,15 kg** Maksymalne obciążenie:**136 kg** +/- 0,5 - 1 cm | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.2 Schowek czysty - Regał otwarty– 4 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | **Stelaż**: wykonany z wysokiej jakości stali, zapewniającej stabilność i wytrzymałość całej konstrukcji | Tak, podać |  |
|  | **Półki**: z płyty HDF/MDF o grubości ok. 4 mm, zagiętych brzegach bezpieczeństwa – trwałe i bezpieczne | Tak, podać |  |
|  | Profil nóg: kwadratowy 33,6 × 33,6 mm, grubość 0,6 mm | Tak, podać |  |
|  | **Montaż**: wciskany (bez użycia narzędzi) | Tak, podać |  |
|  | **Stopki**: regulowane i stabilizujące, chroniące podłogę i wyrównujące nierówności. | Tak, podać |  |
|  | **Ochrona antykorozyjna**: wersje ocynkowane lub malowane proszkowo (różne kolory: czarny, niebieski, szary, czarny mat) | Tak, podać |  |
|  | **Wymiary i obciążalność**   * **Nośność**: 150 kg na półkę – dostosowane do ciężkich zastosowań. * **Wysokość**: standardowo 180 cm (opcjonalnie inną). * **Szerokość**: typowo 80 cm lub 90 cm (inne szerokości dostępne). * **Głębokość**: zazwyczaj 40 cm; opcjonalne głębokości do 60 cm. * **Regulacja półek**: co 25 mm umożliwia dopasowanie wysokości wnętrza | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.3 Schowek porządkowy - Regał otwarty wąski– 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | **Stelaż**: wykonany z wysokiej jakości stali, zapewniającej stabilność i wytrzymałość całej konstrukcji | Tak, podać |  |
|  | **Półki**: z płyty HDF/MDF o grubości ok. 4 mm, zagiętych brzegach bezpieczeństwa – trwałe i bezpieczne | Tak, podać |  |
|  | Profil nóg: kwadratowy 33,6 × 33,6 mm, grubość 0,6 mm | Tak, podać |  |
|  | **Montaż**: wciskany (bez użycia narzędzi) | Tak, podać |  |
|  | **Stopki**: regulowane i stabilizujące, chroniące podłogę i wyrównujące nierówności. | Tak, podać |  |
|  | **Ochrona antykorozyjna**: wersje ocynkowane lub malowane proszkowo (różne kolory: czarny, niebieski, szary, czarny mat) | Tak, podać |  |
|  | **Wymiary i obciążalność**   * **Nośność**: 150 kg na półkę – dostosowane do ciężkich zastosowań. * **Wysokość**: standardowo 180 cm (opcjonalnie inną). * **Szerokość**: typowo 80 cm lub 90 cm (inne szerokości dostępne). * **Głębokość**: zazwyczaj 40 cm; opcjonalne głębokości do 60 cm. * **Regulacja półek**: co 25 mm umożliwia dopasowanie wysokości wnętrza | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.6 Pokój 2-os.- Łóżko rehabilitacyjne – 2 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Metalowa konstrukcja łóżka lakierowana proszkowo. Podstawa łóżka pozbawiona kabli oraz układów sterujących funkcjami łóżka, łatwa w utrzymaniu czystości. | Tak, podać |  |
|  | Podstawa łóżka ramiona wznoszące podpierająca leże w min. 8 punktach, gwarantująca stabilność leża. | Tak, podać |  |
|  | Wolna przestrzeń pomiędzy podłożem, a całym podwoziem wynosząca nie mniej niż 160 mm umożliwiająca łatwy przejazd przez progi oraz wjazd do dźwigów osobowych. | Tak, podać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne łóżka:   1. Długość całkowita nie więcej niż 2200mm   Szerokość całkowita wraz z zamontowanymi barierkami nie więcej niż 1040mm | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka czterosegmentowe z czego min. 3 segmenty ruchome | Tak, podać |  |
|  | Zasilanie elektryczne 220/230 V  Szczelność układu elektrycznego IPX6 | Tak, podać |  |
|  | Rama leża wyposażona w gniazdo wyrównania potencjału. Łóżko przebadane pod kątem bezpieczeństwa elektrycznego wg normy PN EN 62353 – **dołączyć protokół z badań przy dostawie produktu.** | Tak, podać |  |
|  | Elektryczne regulacje:  - segment oparcia pleców 0-75° (± 5°)  - segment uda 0-45° (± 5°),  - kąt przechyłu Trendlelenburga 0-18° (± 2°),  - kąt przechyłu anty-Trendlenburga 0-18° (± 2°),  - regulacja segmentu podudzia – ręczna mechanizmem zapadkowym. | Tak, podać |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości w zakresie:  360 do 900 mm (± 20 mm) | Tak, podać |  |
|  | Łóżko sterowane przewodowym pilotem z podświetlanymi klawiszami.  Łóżko posiadające funkcję krzesła kardiologicznego uzyskiwaną na minimum pilocie pacjenta, za pomocą jednego zaprogramowanego przycisku z czytelnym piktogramem. Łózko rozpoczyna serię skoordynowanych ruchów rozpoczynając od podniesienia segmentu podudzia, co pozwala uniknąć zsuwania się pacjenta, następnie podnoszony jest segment pleców i przechył anty-trendelenburga. | Tak, podać |  |
|  | Łóżko wyposażone w panel sterujący chowany pod leżem w półce do odkładania pościeli. Panel wyposażony w podwójne zabezpieczenie przed przypadkowym uruchomieniem funkcji elektrycznych (Dostępność funkcji przy jednoczesnym zastosowaniu przycisku świadomego użycia) z możliwością blokady poszczególnych funkcji pilota. Panel sterujący wyposażony w funkcję anty-szokową , egzaminacyjną.  Posiada optyczny wskaźnik naładowania akumulatora oraz podłączenia do sieci. | Tak, podać |  |
|  | Segment oparcia pleców z możliwością mechanicznego szybkiego poziomowania (CPR) – dźwignia umieszczona pod leżem, oznaczona kolorem czerwonym lub pomarańczowy.  Autokontur segmentu oparcia pleców i uda.  Autoregresja segmentu oparcia pleców zapobiegająca przed zsuwaniem pacjenta. | Tak, podać |  |
|  | Leże wypełnione płytami z polipropylenu , tworzywa odpornego na działanie wysokiej temperatury, środków dezynfekujących oraz działanie UV. Płyty odejmowane bez użycia narzędzi.  Wypełnienia leża wyposażone w otwory do montażu pasów unieruchamiających. | Tak, podać |  |
|  | Akumulator wbudowany w układ elektryczny łóżka podtrzymujący sterowanie łóżka przy braku zasilania sieciowego. | Tak, podać |  |
|  | Łóżko z możliwością przedłużenia leża o min. 15 cm. | Tak, podać |  |
|  | Szczyty łóżka wypełnione płytą tworzywową (HPL) o grubości min. 10 mm (± 2 mm), odejmowana płyta bez użycia narzędzi, umożliwiające łatwy dostęp do pacjenta zarówno od strony nóg jak i głowy. | Tak, podać |  |
|  | Łóżko wyposażone w opuszczane, aluminiowe barierki boczne, zabezpieczające pacjenta na całej długości leża, bez wolnej przestrzeni pomiędzy szczytem a barierką nawet w przypadku wydłużenia leża (zintegrowane ze szczytem łóżka). Tworzywowe listwy odbojowe umieszczone na barierkach na całej ich długości chroniące łóżko przed uderzeniami. Barierki spełniające normę bezpieczeństwa: EN 60601-2-52  Wysokość barierek liczona od górnej części leża do szczytu barierki min 41 cm. | Tak, podać |  |
|  | Wysuwana półka do odkładania pościeli, niewystająca poza obrys ramy łóżka z dopuszczalnym obciążeniem min. 15 kg | Tak, podać |  |
|  | W narożnikach leża 4 krążki odbojowe chroniące przed otarciami.  W części wezgłowia krążki dwuosiowe. | Tak, podać |  |
|  | Łóżko wyposażone w elastyczne tworzywowe uchwyty materaca min. dwóch segmentach leża, dostosowujące się do szerokości materaca, zapobiegające powstawaniu urazów kończyn. | Tak, podać |  |
|  | Podstawa łóżka jezdna wyposażona w antystatyczne koła o średnicy min. 150 mm, z centralną blokadą kół oraz blokadą kierunkową. | Tak, podać |  |
|  | Bezpieczne obciążenie min. 260 kg  Sygnalizacja dźwiękowa informująca o przeciążeniu łóżka. | Tak, podać |  |
|  | Możliwość wyboru kolorów wypełnień szczytów min. 10 kolorów. | Tak, podać |  |
|  | Elementy wyposażenia łóżek:   * Materac * Wysięgnik z uchwytem do ręki dla pacjenta | Tak, podać |  |
|  | * Deklaracja Zgodności, * WPIS lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych. * Certyfikat ISO 9001:2015 lub równoważny potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiami. * Certyfikat ISO 13485:2016 lub równoważny potwierdzający, że producent wdrożył i utrzymuje   system zarządzania jakością dla wyrobów medycznych.   * Powłoka lakiernicza zgodnie z normą EN ISO 10993-5:2009 lub równoważny potwierdzającym że stosowana powłoka lakiernicza nie wywołuje zmian nowotworowych. | Tak, dołączyć do oferty |  |
|  | System do masażu limfatycznego wyposażony w układ wykrywania powtórnego wypełnienia naczyń (VRD), tech­nologię pozwalającą dopasować ucisk do potrzeb każdego pacjenta i przemieścić więcej krwi w tym samym czasie. Model/typ, producent, rok produkcji. | Tak, podać |  |
|  | Lekkie i łatwe w obsłudze, zintegrowane urządzenie poprawiające wydajność pracy i maksymalizujące wygodę użytkowania. | Tak, podać |  |
|  | Kontroler mierzący czas potrzebny do ponownego wypełnienia się krwią żył opróżnionych po cyklu ucisku, zapewniający automatyczną kontrolę sekwencyjnego, gradientowego i obwodowego ucisku na kończyny dolne | Tak, podać |  |
|  | Sekwencyjny, obwodowy ucisk na podudzie i udo z zachowaniem predefiniowanego, automatycznego gradientu ciśnień: dolna część podudzia – 45mmHg; łydka – 40mmHg; udo – 30mmHg. Czas trwania cyklu kompresji – 11s | Tak, podać |  |
|  | Czas trwania przerw pomiędzy kompresjami regulowany automatycznie za pomocą sytemu wykrywającego ponowne wypełnienie naczyń, umożliwiającego dostosowanie częstotliwości kompresji do fizjologii pacjenta, automatyczna rekalkulacja czasu trwania przerw – co 30 min. | Tak, podać |  |
|  | Regulowany automatycznie czas trwania przerw pomiędzy kompresjami dla uda i podudzia w zakresie: 20-60s | Tak, podać |  |
|  | Równomierny ucisk na stopę z predefiniowanym ciśnieniem 130mmHg. Czas trwania cyklu kompresji – 5s | Tak, podać |  |
|  | Regulowany automatycznie czas trwania przerw pomiędzy kompresjami dla stopy w zakresie: 30-60s | Tak, podać |  |
|  | Dostępne mankiety uciskowe udowe, goleniowe, stopowe, w minimum 2 rozmiarach każdego rodzaju | Tak, podać |  |
|  | Mankiety wykonane z materiału odpornego na rozdarcie, przebicie i zamoczenie. | Tak, podać |  |
|  | Kontroler wyposażony w kolorowy ekran LCD o przekątnej powyżej 3 cali. | Tak, podać |  |
|  | Kontroler wyposażony w regulowany uchwyt mocujący do łóżka | Tak, podać |  |
|  | Wymiary urządzenia: wysokość-szerokość-wymiar przód-tył 17-20cm | Tak, podać |  |
|  | Ciężar urządzenia: 2-2,5kg | Tak, podać |  |
|  | Parametry zasilania: 100-240V, 50-60Hz | Tak, podać |  |
|  | Bateria – akumulator litowo-jonowy, czas działania 6-8 godz. | Tak, podać |  |
|  | Kontroler zabezpieczony przed przedostaniem się  wody do środka - stopień ochrony IPX3 – możliwość dezynfekcji. | Tak, podać |  |
|  | Wykaz środków czyszczące i ich  składniki chemiczne – minimum 5 środków dostępnych w sprzedaży | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.6 Pokój 2-os.- Szafka nocna z blatem bocznym – 2 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Konstrukcja szafki składająca się z dwóch szuflad z przestrzenią wolną pomiędzy nimi, oraz blatu głównego. | Tak, podać |  |
|  | Korpus szafki wykonany z płyty KF ( płyta wiórowa, wyposażona w plastikową osłonę) o grubości 28 mm, obrotowy umieszczony na mobilnej podstawie, pozwalający na umieszczeniu blatu bocznego szafki z lewej, bądź prawej strony łóżka. Funkcje zmiany stron umieszczenia blatu bocznego realizowane dwoma przyciskami w miejscu łatwego dostępu. | Tak, podać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne:  - wysokość  -  760 mm  - głębokość  -  420 mm (± 30mm),  - szerokość przy rozłożonym blacie - 1110 mm (± 20mm), - szerokość z blatem bocznym – 630 mm (+/- 20mm)  - regulacja wysokości półki bocznej w zakresie: od 800 do 1100 mm; | Tak, podać |  |
|  | Boki blatu głównego zaokrąglone. | Tak, podać |  |
|  | Górna powierzchnia blatu bocznego wykonana z płyty KF o grubości 8 mm, natomiast dolna wysuwana powierzchnia blatu bocznego wykonana z płyty HPL o grubości 6 mm | Tak, podać |  |
|  | Fronty dwóch szuflad wykonane z płyty KF o grubości min.19 mm w kolorze drewnopodobnym zaopatrzone w chromowane uchwyty | Tak, podać |  |
|  | Szuflady górna i dolna wysuwane na prowadnicach. | Tak, podać |  |
|  | Pomiędzy szufladami znajduje się półka na prasę o wysokości min. 110 mm, dostęp od frontu szafki. | Tak, podać |  |
|  | Półka boczna z możliwością regulacji wysokości. Płynna, bezstopniowa regulacja wysokości półki bocznej wspomagana sprężyną gazową, osłoniętą aluminiową osłoną. Regulację wysokości dokonujemy za pomocą tworzywowych dźwigni znajdujących się poniżej blatu przy prowadnicach sprężyny gazowej; | Tak, podać |  |
|  | Blat boczny znajduje się nad korpusem szafki, jest zabezpieczony od frontu tworzywową listwą, natomiast boki blatu otaczają aluminiowe listwy spełniające również rolę prowadnic dla dolnej powierzchni blatu bocznego; | Tak, podać |  |
|  | 4 podwójne koła jezdne o średnicy 65 mm. z elastycznym, niebrudzącym podłóg bieżnikiem, min. 2 z blokadą. | Tak, podać |  |
|  | Przystosowana do dezynfekcji środkami dopuszczonymi do używanych przy pacjencie. | Tak, podać |  |
|  | Możliwość wyboru kolorów frontów szuflad oraz blatu z min. 10 kolorów. | Tak, podać |  |
|  | ·      Deklaracja zgodności Certyfikat ISO 9001:2015 lub równoważny potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiami,  Certyfikat ISO 13485:2016   potwierdzający, że producent wdrożył i utrzymuje system zarządzania jakością dla wyrobów medycznych. | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.6 Pokój 2-os.- Krzesło – 2 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | **Stelaż:** wykonany ze stalowej rury płasko‑owalnej (30 × 15 mm, 1,2–1,5 mm grubości), spawany dwustronnie, co zapewnia wyjątkową trwałość i stabilność | Tak, podać |  |
|  | **Powłoka:** malowanie proszkowe (kolor czarny, aluminium lub chrom), zabezpieczone antykorozyjnie | Tak, podać |  |
|  | Siedzisko i oparcie: na szkielecie ze sklejki bukowej (ok. 4,6 mm), pokryte pianką poliuretanową (~35 mm), zapewniającą wysoki komfort | Tak, podać |  |
|  | Tapicerka: szeroki wybór typu Skaj (ekoskóra), trudnopalne i o wysokiej trwałości (do 200 000 cykli Martindale), dostosowane do wymogów przestrzeni publicznych | Tak, podać |  |
|  | Stopki: plastikowe nakładki chroniące podłogę przed uszkodzeniem | Tak, podać |  |
|  | Wymiary i parametry użytkowe   * Wysokość całkowita: ok. 820–830 mm * Szerokość: ok. 530–540 mm * Głębokość: ok. 540–590 mm * Wysokość siedziska: 450–470 mm * Waga: 5–5,5 kg * Maks. obciążenie: 100–160 kg, zgodnie z normami bezpieczeństwa | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: . |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.6 Pokój 2-os. - Stolik kawowy – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Blat o grubości min. 36 mm zakończony okleiną min. 1 mm chyba że wymaga tego konstrukcja to zakończony okleiną min. 2 mm | Tak, podać |  |
|  | Blat o wymiarach min. 1000 mm x 1000 mm | Tak, podać |  |
|  | Wszystkie nieosłonięte krawędzie mebla zabezpieczone okleiną PCV 1 mm lub jeśli wymaga tego konstrukcja 2 mm, klejone przy użyciu technologii zawierającej mniej niz 0,1% monomerów izocyjanianowych. | Tak, podać |  |
|  | W przypadku zastosowania płyt melaminowanych o strukturze drewna, słoje powinny być ułożone wzdłuż dłuższej krawędzi. | Tak, podać |  |
|  | Kolor płyty oraz blatów dostosowany do wymagań Zamawiającego (do ustalenia po wyborze oferty). | Tak, podać |  |
|  | Konstrukcja nóg stołu wykonana z profila stalowego zamkniętego o gr. ścianki min. 3mm malowanego proszkowo, kolor do ustalenia z Zamawiającym (kolornik RAL) | Tak, podać |  |
|  | Przekrój profila konstrukcyjnego dla nóg to min. 60x40 mm | Tak, podać |  |
|  | Nogi mebla zakończone w sposób zapewniający ograniczenie możliwości rysowania podłogi | Tak, podać |  |
|  | Powierzchnia blatu mocowana z konstrukcją metalową przy pomocy min. 12 elementów łączeniowych | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: . |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.7 Łazienka - Krzesło prysznicowe składane – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Siedzisko z trwałego PCV o podwyższonej odporności na wilgoć i łatwe w czyszczeniu, wymiar 40×32 cm | Tak, podać |  |
|  | Rama wykonana z aluminium i wzmacnianych wsporników montowanych do ściany | Tak, podać |  |
|  | Składana konstrukcja pozwala zminimalizować zajmowaną przestrzeń po zakończeniu użytkowania | Tak, podać |  |
|  | Nóżki regulowane w zakresie wysokości 42–52 cm, co umożliwia dopasowanie do wzrostu użytkownika | Tak, podać |  |
|  | Gumowe nasadki na nóżkach zabezpieczają taboret przed ślizganiem oraz łazienkę przed uszkodzeniami | Tak, podać |  |
|  | **Dane techniczne**  Wymiary siedziska:**32 x 40 cm** Regulacja wysokości:**42 - 52 cm** Waga:**2,15 kg** Maksymalne obciążenie:**136 kg** +/- 0,5 - 1 cm | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać:. |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.8 Poczekalnia- Krzesło – 2 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | **Stelaż:** wykonany ze stalowej rury płasko‑owalnej (30 × 15 mm, 1,2–1,5 mm grubości), spawany dwustronnie, co zapewnia wyjątkową trwałość i stabilność | Tak, podać |  |
|  | **Powłoka:** malowanie proszkowe (kolor czarny, aluminium lub chrom), zabezpieczone antykorozyjnie | Tak, podać |  |
|  | Siedzisko i oparcie: na szkielecie ze sklejki bukowej (ok. 4,6 mm), pokryte pianką poliuretanową (~35 mm), zapewniającą wysoki komfort | Tak, podać |  |
|  | Tapicerka: szeroki wybór typu Skaj (ekoskóra), trudnopalne i o wysokiej trwałości (do 200 000 cykli Martindale), dostosowane do wymogów przestrzeni publicznych | Tak, podać |  |
|  | Stopki: plastikowe nakładki chroniące podłogę przed uszkodzeniem | Tak, podać |  |
|  | Wymiary i parametry użytkowe   * Wysokość całkowita: ok. 820–830 mm * Szerokość: ok. 530–540 mm * Głębokość: ok. 540–590 mm * Wysokość siedziska: 450–470 mm * Waga: 5–5,5 kg * Maks. obciążenie: 100–160 kg, zgodnie z normami bezpieczeństwa | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: . |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.9 Gabinet medycznej pomocy doraźnej- Fotel– 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Eleganckie, tradycyjne krzesło drewniane z podłokietnikami, sprawdzające się w jadalniach, stylowych restauracjach czy biurach. Solidna konstrukcja przypominająca fotel, zapewnia wysoki komfort i wytrzymałość | Tak, podać |  |
|  | Wykonane w całości z litego drewna bukowego lub dębowego, zabezpieczonego profilowaniem i wybarwieniem. | Tak, podać |  |
|  | Zastosowano technikę czopowania, klejenia oraz dodatkowe wzmocnienia (szprosy i zastrzały) – gwarancja trwałości | Tak, podać |  |
|  | Tapicerowane siedzisko i oparcie – możliwość doboru tkaniny odpornej na ścieranie (90 000 cykli Martindale’a), łatwej do czyszczenia i estetycznie spójnej z wnętrzem | Tak, podać |  |
|  | Wymiary:   * Wysokość całkowita: 89,5 cm * Wysokość do siedziska: 46 cm * Szerokość: 57,5 cm   Głębokość: 60 cm | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.9 Gabinet medycznej pomocy doraźnej – Stojak kroplówki – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Stojak do kroplówek przeznaczony do stosowania w placówkach służby zdrowia – szpitalach, domach opieki, gabinetach zabiegowych. Konstrukcja zapewnia stabilność, trwałość i łatwość użytkowania | Tak, podać |  |
|  | **Materiał konstrukcji:** stal nierdzewna, odporna na korozję i środki dezynfekcyjn | Tak, podać |  |
|  | **Podstawa: pięcioramienna, wykonana z tworzywa sztucznego o wysokiej wytrzymałości** | Tak, podać |  |
|  | **Kółka: 5 szt., skrętne, z hamulcami** | Tak, podać |  |
|  | **Regulacja wysokości: płynna, przy pomocy śruby blokującej** | Tak, podać |  |
|  | **2-ramienny, stal nierdzewna** | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.9 Gabinet medycznej pomocy doraźnej – Taboret z oparciem – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Taboret przeznaczony do użytku w placówkach ochrony zdrowia – gabinetach zabiegowych, diagnostycznych, chirurgicznych, stomatologicznych, | Tak, podać |  |
|  | Siedzisko i oparcie wykonane z tapicerki łatwej do dezynfekcji i utrzymania higieny | Tak, podać |  |
|  | Stelaż (podstawa) z metalu/stopki lub nóżki na kółkach, zapewnia stabilność i bezpieczeństwo | Tak, podać |  |
|  | Wysokość siedziska (min.–max.) 590-780 mm | Tak, podać |  |
|  | Średnica siedziska 390 mm | Tak, podać |  |
|  | Grubość siedziska 100 mm | Tak, podać |  |
|  | Średnica podstawy 600 mm | Tak, podać |  |
|  | Wysokość oparcia pleców 280 mm | Tak, podać |  |
|  | Regulacja oparcia zakres min. 70-80 mm | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.9 Gabinet medycznej pomocy doraźnej – Stół zabiegowy z elektryczną regulacją wysokości - przejezdny – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Stół zabiegowy z elektryczną regulacją wysokości w zakresie:   * Dół min. 500 mm * góra min. od 850 mm | Tak, podać |  |
|  | Elektryczna regulacja wezgłowia w zakresie min. 0°– 70° | Tak, podać |  |
|  | Funkcje elektryczne sterowane za pomocą przewodowego pilota wyposażonego w fabryczny uchwyt do zawieszania na ramie stołu z funkcją ustawienia pozycji horyzontalnej | Tak, podać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne max: dł. 2010 mm x szer. 800 mm | Tak, podać |  |
|  | Leże o wymiarach min 650x1880 mm (+/- 20 mm) | Tak, podać |  |
|  | 2-sekcyjne leże, umieszczone na dwóch stalowych kolumnach | Tak, podać |  |
|  | Konstrukcja stalowa odporna na środki dezynfekcyjne i uszkodzenia mechaniczne | Tak, podać |  |
|  | Podstawa mobilna wyposażona w 4 koła o średnicy min. 120 mm każde z blokadą indywidualną | Tak, podać |  |
|  | Podstawa wyposażona w osłonę tworzywową ułatwiającą utrzymanie właściwego poziomu higieny | Tak, podać |  |
|  | Leże stołu zabiegowego tapicerowane wykonane z pianki o wysokiej gęstości min. 35kg/m3, grubość min. 65 mm | Tak, podać |  |
|  | Tapicerka z powłoką PVC, powłoką antybakteryjną i przeciwpożarową, antypoślizgową | Tak, podać |  |
|  | Kolor tapicerki do wyboru przez Zamawiającego, min. 8 dostępnych kolorów do wyboru | Tak, podać |  |
|  | Tapicerka odporna na ścieranie wg skali Martindale'a min. 100 000 cykli | Tak, podać |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie robocze pozwalające na bezpieczną pracę min. 245 kg | Tak, podać |  |
|  | Waga stołu maksymalnie 90 kg | Tak, podać |  |
|  | Elektryczna regulacja przechyłów Trendelenburg / anty-Trendelenburg min. +/- 15° | Tak, podać |  |
|  | Tworzywowa obudowa podstawy z wyprofilowanymi miejscami np. na butle z tlenem czy też osobiste rzeczy pacjenta | Tak, podać |  |
|  | Wyposażenie min.:   * wyjmowany 2 stopniowy, min. 2 haczykowy wieszak na kroplówki, możliwość zamontowania wieszaka po obu dłuższych stronach leża od strony głowy pacjenta (montaż/demontaż bez użycia dodatkowych narzędzi) * uchwyty do mocowania akcesoriów * uchwyt na rolkę pod zagłówkiem * na wyposażeniu stołu w celu zapewnienia odpowiednich badań oraz prawidłowej diagnostyki urządzenie z pomiarem parametrów z wykorzystaniem technologii pomiarowej CNBP, monitorowanie ciągłego ciśnienia krwi wyliczane za pomocą algorytmu z pomiaru EKG i SpO2 (podać: Typ/Model, Producenta, Kraj produkcji, Rok produkcji) | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.9 Gabinet medycznej pomocy doraźnej – Wózek zabiegowy z wyposażeniem / asystor zabiegowy – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Wózek Zabiegowy: szafka z 3 szufladami (wysokość frontów 3x156mm), 1xblat roboczy stalowy lakierowany proszkowo wysuwany z przodu wózka 530x440 mm | Tak, podać |  |
|  | WYPOSAŻENIE:  1x stelaż nadstawki, 2x półka nadblatowa 600x200mm, 2x odcinek szyny instrumentalnej z  zabezpieczonymi narożnikami, 1x uchwyt do worka na odpady z pokrywą uchylną z tworzywa ABS,  1x pojemnik na zużyte igły | Tak, podać |  |
|  | WYKONANIE:  **-** stelażz profilu aluminiowego lakierowanego proszkowo na biało. Profil nośny z 2 kanałami montażowymi  po obydwu stronach umożliwiający regulację wysokości położenia szyn instrumentalnych oraz rozbudowę  wózka w przyszłości o wyposażenie dodatkowe wyłącznie za pomocą elementów złącznych, bez  konieczności wykonywania otworów. Kanały montażowe zaślepione maskownicą zabezpieczającą przed  gromadzeniem się brudu. | Tak, podać |  |
|  | blat z ABS w kolorze białym, otoczony z 3 stron bandami o wysokości 40 mm | Tak, podać |  |
|  | szafka stalowa lakierowana proszkowo na biało, front lakierowany na kolor wg palety RAL, prowadnice szuflad z samodociągiem, korpus szafki wyposażony w materiał wygłuszający, niechłonący wilgoci, minimalizujący wibracje, wyposażona w uchwyty do prowadzenia | Tak, podać |  |
|  | podstawa stalowa z osłoną z tworzywa z ABS w kolorze białym, pełniącą funkcję odbojów, wyposażona w  koła w obudowie z tworzywa sztucznego o średnicy 125 mm, w tym dwa z blokadą | Tak, podać |  |
|  | elementy dekoracyjne (maskownice w kanałach montażowych, zaślepki profilu, uchwyty do prowadzenia)  lakierowane proszkowo na wybrany kolor frontów szuflad | Tak, podać |  |
|  | chwyty: do pojemnika na zużyte igły, do worka na odpady ze stali kwasoodpornej gat. 0H18N9  Wymiary wózka bez wyposażenia opcjonalnego: 700x560x1000 mm (wysokość od podłoża do blatu) | Tak, podać |  |
|  | Wysokość wózka z nadstawką: 1700 mm  Wymiary szafki: 600x500x550 mm  Wymiary powierzchni użytkowej szuflady: 525x465x145 mm  Wymiary blatu: 600x500 mm  Wymiary powierzchni użytkowej blatu: 550x450 mm[szerokośćxgłębokośćxwysokość] | Tak, podać |  |
|  | Monitor pacjenta umożliwiający monitorowania parametrów życiowych w trakcie wysiłku | Tak, podać |  |
|  | Typ/model oferowanego sprzętu/ Producent - podać | Tak, podać |  |
|  | Waga wraz akumulatorami max. 240g | Tak, podać |  |
|  | Jednostka główna wyposażona w min. 3,5-calowy ekran dotykowy | Tak, podać |  |
|  | Monitorowane parametry : 3/5/6- odprowadzeń EKG, RESP , SpO2, PR | Tak, podać |  |
|  | Klasyfikacja min. 33 arytmii | Tak, podać |  |
|  | Detekcja rozrusznika serca | Tak, podać |  |
|  | Analiza ST i szablony ST | Tak, podać |  |
|  | QT/QTc w czasie rzeczywistym | Tak, podać |  |
|  | Podsumowanie 24-godzinnego zapisu EKG | Tak, podać |  |
|  | Mapa prawidłowego rozmieszczenia elektrod | Tak, podać |  |
|  | Odporność na warnuki atmosferyczne min. IP67 | Tak, podać |  |
|  | Ochrona przed upadkiem z wysokości min. 1,5 m | Tak, podać |  |
|  | Zasilanie: Akumulator litowo-jonowy, umożliwiający pracę do 72 godzin ciągłego monitorowania | Tak, podać |  |
|  | Wbudowany moduł Wi-Fi | Tak, podać |  |
|  | W zestawie torba transportowa, wykoanana z wodoodpornego materiału, wyposażona w pasek umożliwiający powieszenie przez ramię | Tak, podać |  |
|  | Możliwość rozbudowy o dodatkowe moduły pomiarowe: 12-odprowadzeniowe | Tak, podać |  |
|  | EKG, TEMP, CNBP | Tak, podać |  |
|  | Możliwość bezprzewodowej integracji kilku urządzeń za pomocą Centrali, co umożliwia ciągły monitoring i zarządzanie danymi. | Tak, podać |  |
|  | Obsługa monitora w j. polskim | Tak, podać |  |
|  | Wyrób medyczny potwierdzony deklaracją zgodności i certyfikat CE wydany przez jednostkę notyfikowaną (załączyć do oferty) | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.9 Gabinet medycznej pomocy doraźnej – Parawan 3- skrzydłowy – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | **Konstrukcja ramy:** stal malowana proszkowo | Tak, podać |  |
|  | **Podstawa jezdna:** trzy skrzydła osadzone na kółkach umożliwiających stabilne przemieszczanie, wyposażone w pokrętła blokujące zabezpieczające przed przesunięciem | Tak, podać |  |
|  | **Skrzydła:** połączone zatrzaskami – zapewniają szybki montaż/demontaż, co ułatwia transport i przechowywanie | Tak, podać |  |
|  | **Wymiary techniczne**   * **Wysokość:** 1700 mm * **Szerokość (po rozłożeniu):** 3030 mm (3 × 1010 mm) * **Waga:** ok. 11,5 kg | Tak, podać |  |
|  | Zasłony zmywalne (do dezynfekcji) | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.10 Gabinet lekarski – Fotel – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Ergonomiczne krzesło biurowe obrotowe 360 stopni | Tak, podać |  |
|  | Siedzisko i oparcie tapicerowane lub ekoskóra z wysokiej jakości pianką | Tak, podać |  |
|  | Stabilna nylonowa, pięcioramienna podstawa jezdna w kolorze czarnym | Tak, podać |  |
|  | Regulacje i ergonomia   * mechanizm ruchowy „permanentnego kontaktu”, umożliwiający:   + płynną regulację wysokości siedziska pneumatycznie   + regulację wysokości oparcia i głębokości siedziska   regulację kąta odchylenia oparcia w zakresie +6° do –17° z blokadą pozycji | Tak, podać |  |
|  | Podłokietniki regulowane góra–dół, wykonane z tworzywa PA+GF z miękką nakładką PU | Tak, podać |  |
|  | Wymiary i obciążenie   * Szerokość siedziska: ~440 mm, głębokość: regulowana 370–415 mm * Wysokość siedziska: 400–520 mm, wysokość całkowita: 970–1155 mm * Średnica podstawy: 645 mm   Maksymalne obciążenie: 110 kg | Tak, podać |  |
|  | Kółka i podłokietniki   * Kółka gumowane do twardych powierzchni, samohamowne lub bez hamulca   Podłokietniki z regulacją wysokości i miękką nakładką PU poprawiają komfort użytkowania | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.10 Gabinet lekarski – Krzesło pacjenta – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | **Stelaż:** wykonany ze stalowej rury płasko‑owalnej (30 × 15 mm, 1,2–1,5 mm grubości), spawany dwustronnie, co zapewnia wyjątkową trwałość i stabilność | Tak, podać |  |
|  | **Powłoka:** malowanie proszkowe (kolor czarny, aluminium lub chrom), zabezpieczone antykorozyjnie | Tak, podać |  |
|  | Siedzisko i oparcie: na szkielecie ze sklejki bukowej (ok. 4,6 mm), pokryte pianką poliuretanową (~35 mm), zapewniającą wysoki komfort | Tak, podać |  |
|  | Tapicerka: szeroki wybór typu Skaj (ekoskóra), trudnopalne i o wysokiej trwałości (do 200 000 cykli Martindale), dostosowane do wymogów przestrzeni publicznych | Tak, podać |  |
|  | Stopki: plastikowe nakładki chroniące podłogę przed uszkodzeniem | Tak, podać |  |
|  | Wymiary i parametry użytkowe   * Wysokość całkowita: ok. 820–830 mm * Szerokość: ok. 530–540 mm * Głębokość: ok. 540–590 mm * Wysokość siedziska: 450–470 mm * Waga: 5–5,5 kg   Maks. obciążenie: 100–160 kg, zgodnie z normami bezpieczeństwa | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.10 Gabinet lekarski – Kozetka lekarska – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Stół przeznaczony do zastosowań w placówkach ochrony zdrowia – m.in. gabinetach lekarskich, fizjoterapeutycznych, szpitalach, przychodniach i domach opieki. Można go wykorzystać jako stół rehabilitacyjny, konsolę do zabiegów czy badania pacjentów | Tak, podać |  |
|  | **Konstrukcja nośna:** stalowa, malowana proszkowo na biało — solidna i odporna na środki dezynfekcyjne | Tak, podać |  |
|  | **Blat:** dwusekcyjny (część ruchoma podgłówka), wykonany z płyty obitej pianką i tapicerką ze skóry syntetycznej, łatwą do utrzymania w czystości | Tak, podać |  |
|  | **Uchwyt rolki:** wbudowany na jednym z końców stołu — umożliwia zastosowanie papieru jednorazowego | Tak, podać |  |
|  | Wymiary i udźwig: Szerokość 550 mm Długość całkowita 1880 mm Wysokość 510 mm  Regulacja podgłówka +/-40%  Maksymalny udźwig 180 kg | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.10 Gabinet lekarski – Parawan 1-skrzydłowy – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | **Wymiary:** wysokość 1700 mm, szerokość 1000 mm | Tak, podać |  |
|  | **Waga:** 3,8 kg – lekka i łatwa do przemieszczenia | Tak, podać |  |
|  | **Konstrukcja:** stelaż metalowy malowany proszkowo – lekki, wytrzymały, odporny na korozję | Tak, podać |  |
|  | **Podstawa:** układ jezdny z cichymi kółkami, wyposażony w pokrętło blokujące – zapewnia stabilność i swobodne ustawienie | Tak, podać |  |
|  | Zasłona zmywalna (do dezynfekcji) | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.10 Gabinet lekarski – Waga lekarska ze wzrostomierzem – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | trwała metalowa konstrukcja **wagi z monolityczną podstawą** ułatwiającą przenoszenie wagi, | Tak, podać |  |
|  | **brak okablowania zewnętrznego**między platformą wagową a panelem - miernikiem wagowym, | Tak, podać |  |
|  | **dokładność 100 g w całym zakresie pomiaru,** | Tak, podać |  |
|  | obciążenie maksymalne: **300 kg,** | Tak, podać |  |
|  | estetyczny i trwały wzrostomierz mierzący **od 60 do 210 cm** (w zestawie), | Tak, podać |  |
|  | Waga medyczna serii MS4971 posiada możliwość wyznaczania **wskaźnika masy ciała BMI** (Body Mass Index) przy wzroście **powyżej 60 cm**. Wskaźnik BMI jest wyznaczany po wpisaniu do wagi wartości wzrostu odczytanej ze wzrostomierza. Waga oblicza również **BSA** czyli powierzchnię ciała pacjenta - (Body Surface Area). | Tak, podać |  |
|  | opcje: TARA, HOLD | Tak, podać |  |
|  | w zestawie zasilacz sieciowy, waga może również pracować na bateriach > 12.000 pomiarów na jednym komplecie baterii. | Tak, podać |  |
|  | **Podłączenie do komputera**przez standardowy przewód USB (w zestawie) pozwala na transmisję danych pomiarowych. | Tak, podać |  |
|  | Waga posiada świadectwo kompatybilności elektromagnetycznej, co gwarantuje dokładny pomiar w pomieszczeniu, w którym działają inne urządzenia emitujące fale radiowe np. telefony komórkowe. | Tak, podać |  |
|  | trwała metalowa konstrukcja **wagi z monolityczną podstawą** ułatwiającą przenoszenie wagi, | Tak, podać |  |
|  | **brak okablowania zewnętrznego**między platformą wagową a panelem - miernikiem wagowym, | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.11 Pokój gościnny– Łóżko rehabilitacyjne - 2 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Łóżko fabrycznie nowe, Konstrukcja wykonana z kształtowników stalowych pokrytych lakierem poliestrowo - epoksydowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV, | Tak, podać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne łóżka:   * Długość całkowita: 2210 mm, (+/- 30 mm)   Szerokość całkowita: 1000 mm, (+/- 30 mm) | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka o wymiarach 2000 x 900 mm | Tak, podać |  |
|  | Obudowa łóżka oraz barierki boczne wykonane z drewna w kolorze bukowym. | Tak, podać |  |
|  | Obudowa drewniana oraz drewniane barierki boczne estetycznie wykończone o ergonomicznych kształtach. | Tak, podać |  |
|  | Barierki boczne łóżka zabezpieczające pacjenta na całej długości leża, zintegrowane z drewnianą obudową z zaokrąglonymi krawędziami,  Wysokość barierki min. 38 cm od powierzchni leża | Tak, podać |  |
|  | Mechanizm zwalniający barierkę z funkcją świadomego użycia (zabezpieczający przed niepożądanym opuszczeniem barierki)  Łóżko wyposażone w system szybkiego odejmowania i zakładania barierek na słupki bez użycia narzędzi na tzw. „CLICK” | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka 4 segmentowe w tym 3 segmenty uchylne | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka wypełnione drewnianymi lamelami. | Tak, podać |  |
|  | Rama leża wyposażona w tuleje do mocowania wieszaka kroplówki oraz wysięgnika z uchwytem do ręki z możliwością montowania wyposażenia dowolnie po lewej lub prawej stronie łóżka | Tak, podać |  |
|  | Kolor powierzchni lakierowanych łóżka zbliżony do koloru obudowy oraz barierek | Tak, podać |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości leża w zakresie od:  40 - 80 cm, | Tak, podać |  |
|  | Pozostałe elektryczne regulacje :   * kąt segmentu oparcia pleców: 0 - 70°, (+/-3°) * kąt segmentu uda: 0 - 40°, (+/-3°)   pozycja anty-Trendelenburga: 15, (+/-3°) | Tak, podać |  |
|  | Pilot przewodowy dedykowany dla pacjenta i personelu z możliwością blokady poszczególnych pozycji | Tak, podać |  |
|  | Łóżko z możliwością wielokrotnego składania w celu transportu i magazynowania | Tak, podać |  |
|  | Elektryczne zasilanie: 230 V  Łóżko wyposażone w system siłowników elektrycznych marki LINAK | Tak, podać |  |
|  | Podstawa łóżka jezdna wyposażona w antystatyczne koła o średnicy 100 mm z indywidualną blokadą jazdy i obrotu | Tak, podać |  |
|  | Koła dopasowane kolorystycznie do ramy łóżka | Tak, podać |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie robocze łóżka min. 185 kg | Tak, podać |  |
|  | Elementy wyposażenia łóżka:  - Wysięgnik z uchwytem do ręki  - Siłowniki w szczytach łóżka zasłonięte obudową drewnianą w kolorze łóżka. | Tak, podać |  |
|  | Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE. Wyrób medyczny (załączyć dokumenty dopuszczające) | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.11 Pokój gościnny- Szafka nocna z blatem bocznym – 2 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Konstrukcja szafki składająca się z dwóch szuflad z przestrzenią wolną pomiędzy nimi, oraz blatu głównego. | Tak, podać |  |
|  | Korpus szafki wykonany z płyty KF ( płyta wiórowa, wyposażona w plastikową osłonę) o grubości 28 mm, obrotowy umieszczony na mobilnej podstawie, pozwalający na umieszczeniu blatu bocznego szafki z lewej, bądź prawej strony łóżka. Funkcje zmiany stron umieszczenia blatu bocznego realizowane dwoma przyciskami w miejscu łatwego dostępu. | Tak, podać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne:  - wysokość  -  760 mm  - głębokość  -  420 mm (± 30mm),  - szerokość przy rozłożonym blacie - 1110 mm (± 20mm), - szerokość z blatem bocznym – 630 mm (+/- 20mm)  - regulacja wysokości półki bocznej w zakresie: od 800 do 1100 mm; | Tak, podać |  |
|  | Boki blatu głównego zaokrąglone. | Tak, podać |  |
|  | Górna powierzchnia blatu bocznego wykonana z płyty KF o grubości 8 mm, natomiast dolna wysuwana powierzchnia blatu bocznego wykonana z płyty HPL o grubości 6 mm | Tak, podać |  |
|  | Fronty dwóch szuflad wykonane z płyty KF o grubości min.19 mm w kolorze drewnopodobnym zaopatrzone w chromowane uchwyty | Tak, podać |  |
|  | Szuflady górna i dolna wysuwane na prowadnicach. | Tak, podać |  |
|  | Pomiędzy szufladami znajduje się półka na prasę o wysokości min. 110 mm, dostęp od frontu szafki. | Tak, podać |  |
|  | Półka boczna z możliwością regulacji wysokości. Płynna, bezstopniowa regulacja wysokości półki bocznej wspomagana sprężyną gazową, osłoniętą aluminiową osłoną. Regulację wysokości dokonujemy za pomocą tworzywowych dźwigni znajdujących się poniżej blatu przy prowadnicach sprężyny gazowej; | Tak, podać |  |
|  | Blat boczny znajduje się nad korpusem szafki, jest zabezpieczony od frontu tworzywową listwą, natomiast boki blatu otaczają aluminiowe listwy spełniające również rolę prowadnic dla dolnej powierzchni blatu bocznego; | Tak, podać |  |
|  | 4 podwójne koła jezdne o średnicy 65 mm. z elastycznym, niebrudzącym podłóg bieżnikiem, min. 2 z blokadą. | Tak, podać |  |
|  | Przystosowana do dezynfekcji środkami dopuszczonymi do używanych przy pacjencie. | Tak, podać |  |
|  | Możliwość wyboru kolorów frontów szuflad oraz blatu z min. 10 kolorów. | Tak, podać |  |
|  | ·      Deklaracja zgodności Certyfikat ISO 9001:2015 lub równoważny potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiami,  Certyfikat ISO 13485:2016   potwierdzający, że producent wdrożył i utrzymuje system zarządzania jakością dla wyrobów medycznych. | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.11 Pokój gościnny- Krzesło – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | **Stelaż:** wykonany ze stalowej rury płasko‑owalnej (30 × 15 mm, 1,2–1,5 mm grubości), spawany dwustronnie, co zapewnia wyjątkową trwałość i stabilność | Tak, podać |  |
|  | **Powłoka:** malowanie proszkowe (kolor czarny, aluminium lub chrom), zabezpieczone antykorozyjnie | Tak, podać |  |
|  | Siedzisko i oparcie: na szkielecie ze sklejki bukowej (ok. 4,6 mm), pokryte pianką poliuretanową (~35 mm), zapewniającą wysoki komfort | Tak, podać |  |
|  | Tapicerka: szeroki wybór typu Skaj (ekoskóra), trudnopalne i o wysokiej trwałości (do 200 000 cykli Martindale), dostosowane do wymogów przestrzeni publicznych | Tak, podać |  |
|  | Stopki: plastikowe nakładki chroniące podłogę przed uszkodzeniem | Tak, podać |  |
|  | Wymiary i parametry użytkowe   * Wysokość całkowita: ok. 820–830 mm * Szerokość: ok. 530–540 mm * Głębokość: ok. 540–590 mm * Wysokość siedziska: 450–470 mm * Waga: 5–5,5 kg * Maks. obciążenie: 100–160 kg, zgodnie z normami bezpieczeństwa | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.11 Pokój gościnny- Stolik kawowy – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Blat o grubości min. 36 mm zakończony okleiną min. 1 mm chyba że wymaga tego konstrukcja to zakończony okleiną min. 2 mm | Tak, podać |  |
|  | Blat o wymiarach min. 1000 mm x 1000 mm | Tak, podać |  |
|  | Wszystkie nieosłonięte krawędzie mebla zabezpieczone okleiną PCV 1 mm lub jeśli wymaga tego konstrukcja 2 mm, klejone przy użyciu technologii zawierającej mniej niz 0,1% monomerów izocyjanianowych. | Tak, podać |  |
|  | W przypadku zastosowania płyt melaminowanych o strukturze drewna, słoje powinny być ułożone wzdłuż dłuższej krawędzi. | Tak, podać |  |
|  | Kolor płyty oraz blatów dostosowany do wymagań Zamawiającego (do ustalenia po wyborze oferty). | Tak, podać |  |
|  | Konstrukcja nóg stołu wykonana z profila stalowego zamkniętego o gr. ścianki min. 3mm malowanego proszkowo, kolor do ustalenia z Zamawiającym (kolornik RAL) | Tak, podać |  |
|  | Przekrój profila konstrukcyjnego dla nóg to min. 60x40 mm | Tak, podać |  |
|  | Nogi mebla zakończone w sposób zapewniający ograniczenie możliwości rysowania podłogi | Tak, podać |  |
|  | Powierzchnia blatu mocowana z konstrukcją metalową przy pomocy min. 12 elementów łączeniowych | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.12 Łazienka - Krzesło prysznicowe składane – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Siedzisko z trwałego PCV o podwyższonej odporności na wilgoć i łatwe w czyszczeniu, wymiar 40×32 cm | Tak, podać |  |
|  | Rama wykonana z aluminium i wzmacnianych wsporników montowanych do ściany | Tak, podać |  |
|  | Składana konstrukcja pozwala zminimalizować zajmowaną przestrzeń po zakończeniu użytkowania | Tak, podać |  |
|  | Nóżki regulowane w zakresie wysokości 42–52 cm, co umożliwia dopasowanie do wzrostu użytkownika | Tak, podać |  |
|  | Gumowe nasadki na nóżkach zabezpieczają taboret przed ślizganiem oraz łazienkę przed uszkodzeniami | Tak, podać |  |
|  | **Dane techniczne**  Wymiary siedziska:**32 x 40 cm** Regulacja wysokości:**42 - 52 cm** Waga:**2,15 kg** Maksymalne obciążenie:**136 kg** +/- 0,5 - 1 cm | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.13 Pokój 3-os.- Łóżko rehabilitacyjne – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Łóżko fabrycznie nowe, Konstrukcja wykonana z kształtowników stalowych pokrytych lakierem poliestrowo - epoksydowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV, | Tak, podać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne łóżka:   * Długość całkowita: 2210 mm, (+/- 30 mm)   Szerokość całkowita: 1000 mm, (+/- 30 mm) | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka o wymiarach 2000 x 900 mm | Tak, podać |  |
|  | Obudowa łóżka oraz barierki boczne wykonane z drewna w kolorze bukowym. | Tak, podać |  |
|  | Obudowa drewniana oraz drewniane barierki boczne estetycznie wykończone o ergonomicznych kształtach. | Tak, podać |  |
|  | Barierki boczne łóżka zabezpieczające pacjenta na całej długości leża, zintegrowane z drewnianą obudową z zaokrąglonymi krawędziami,  Wysokość barierki min. 38 cm od powierzchni leża | Tak, podać |  |
|  | Mechanizm zwalniający barierkę z funkcją świadomego użycia (zabezpieczający przed niepożądanym opuszczeniem barierki)  Łóżko wyposażone w system szybkiego odejmowania i zakładania barierek na słupki bez użycia narzędzi na tzw. „CLICK” | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka 4 segmentowe w tym 3 segmenty uchylne | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka wypełnione drewnianymi lamelami. | Tak, podać |  |
|  | Rama leża wyposażona w tuleje do mocowania wieszaka kroplówki oraz wysięgnika z uchwytem do ręki z możliwością montowania wyposażenia dowolnie po lewej lub prawej stronie łóżka | Tak, podać |  |
|  | Kolor powierzchni lakierowanych łóżka zbliżony do koloru obudowy oraz barierek | Tak, podać |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości leża w zakresie od:  40 - 80 cm, | Tak, podać |  |
|  | Pozostałe elektryczne regulacje :   * kąt segmentu oparcia pleców: 0 - 70°, (+/-3°) * kąt segmentu uda: 0 - 40°, (+/-3°)   pozycja anty-Trendelenburga: 15, (+/-3°) | Tak, podać |  |
|  | Pilot przewodowy dedykowany dla pacjenta i personelu z możliwością blokady poszczególnych pozycji | Tak, podać |  |
|  | Łóżko z możliwością wielokrotnego składania w celu transportu i magazynowania | Tak, podać |  |
|  | Elektryczne zasilanie: 230 V  Łóżko wyposażone w system siłowników elektrycznych marki LINAK | Tak, podać |  |
|  | Podstawa łóżka jezdna wyposażona w antystatyczne koła o średnicy 100 mm z indywidualną blokadą jazdy i obrotu | Tak, podać |  |
|  | Koła dopasowane kolorystycznie do ramy łóżka | Tak, podać |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie robocze łóżka min. 185 kg | Tak, podać |  |
|  | Elementy wyposażenia łóżka:  - Wysięgnik z uchwytem do ręki  - Siłowniki w szczytach łóżka zasłonięte obudową drewnianą w kolorze łóżka. | Tak, podać |  |
|  | Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE. Wyrób medyczny (załączyć dokumenty dopuszczające) | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.13 Pokój 3-os.- Szafka nocna z blatem bocznym – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Konstrukcja szafki składająca się z dwóch szuflad z przestrzenią wolną pomiędzy nimi, oraz blatu głównego. | Tak, podać |  |
|  | Korpus szafki wykonany z płyty KF ( płyta wiórowa, wyposażona w plastikową osłonę) o grubości 28 mm, obrotowy umieszczony na mobilnej podstawie, pozwalający na umieszczeniu blatu bocznego szafki z lewej, bądź prawej strony łóżka. Funkcje zmiany stron umieszczenia blatu bocznego realizowane dwoma przyciskami w miejscu łatwego dostępu. | Tak, podać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne:  - wysokość  -  760 mm  - głębokość  -  420 mm (± 30mm),  - szerokość przy rozłożonym blacie - 1110 mm (± 20mm), - szerokość z blatem bocznym – 630 mm (+/- 20mm)  - regulacja wysokości półki bocznej w zakresie: od 800 do 1100 mm; | Tak, podać |  |
|  | Boki blatu głównego zaokrąglone. | Tak, podać |  |
|  | Górna powierzchnia blatu bocznego wykonana z płyty KF o grubości 8 mm, natomiast dolna wysuwana powierzchnia blatu bocznego wykonana z płyty HPL o grubości 6 mm | Tak, podać |  |
|  | Fronty dwóch szuflad wykonane z płyty KF o grubości min.19 mm w kolorze drewnopodobnym zaopatrzone w chromowane uchwyty | Tak, podać |  |
|  | Szuflady górna i dolna wysuwane na prowadnicach. | Tak, podać |  |
|  | Pomiędzy szufladami znajduje się półka na prasę o wysokości min. 110 mm, dostęp od frontu szafki. | Tak, podać |  |
|  | Półka boczna z możliwością regulacji wysokości. Płynna, bezstopniowa regulacja wysokości półki bocznej wspomagana sprężyną gazową, osłoniętą aluminiową osłoną. Regulację wysokości dokonujemy za pomocą tworzywowych dźwigni znajdujących się poniżej blatu przy prowadnicach sprężyny gazowej; | Tak, podać |  |
|  | Blat boczny znajduje się nad korpusem szafki, jest zabezpieczony od frontu tworzywową listwą, natomiast boki blatu otaczają aluminiowe listwy spełniające również rolę prowadnic dla dolnej powierzchni blatu bocznego; | Tak, podać |  |
|  | 4 podwójne koła jezdne o średnicy 65 mm. z elastycznym, niebrudzącym podłóg bieżnikiem, min. 2 z blokadą. | Tak, podać |  |
|  | Przystosowana do dezynfekcji środkami dopuszczonymi do używanych przy pacjencie. | Tak, podać |  |
|  | Możliwość wyboru kolorów frontów szuflad oraz blatu z min. 10 kolorów. | Tak, podać |  |
|  | ·      Deklaracja zgodności Certyfikat ISO 9001:2015 lub równoważny potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiami,  Certyfikat ISO 13485:2016   potwierdzający, że producent wdrożył i utrzymuje system zarządzania jakością dla wyrobów medycznych. | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.13 Pokój 3-os.- Krzesło – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | **Stelaż:** wykonany ze stalowej rury płasko‑owalnej (30 × 15 mm, 1,2–1,5 mm grubości), spawany dwustronnie, co zapewnia wyjątkową trwałość i stabilność | Tak, podać |  |
|  | **Powłoka:** malowanie proszkowe (kolor czarny, aluminium lub chrom), zabezpieczone antykorozyjnie | Tak, podać |  |
|  | Siedzisko i oparcie: na szkielecie ze sklejki bukowej (ok. 4,6 mm), pokryte pianką poliuretanową (~35 mm), zapewniającą wysoki komfort | Tak, podać |  |
|  | Tapicerka: szeroki wybór typu Skaj (ekoskóra), trudnopalne i o wysokiej trwałości (do 200 000 cykli Martindale), dostosowane do wymogów przestrzeni publicznych | Tak, podać |  |
|  | Stopki: plastikowe nakładki chroniące podłogę przed uszkodzeniem | Tak, podać |  |
|  | Wymiary i parametry użytkowe   * Wysokość całkowita: ok. 820–830 mm * Szerokość: ok. 530–540 mm * Głębokość: ok. 540–590 mm * Wysokość siedziska: 450–470 mm * Waga: 5–5,5 kg * Maks. obciążenie: 100–160 kg, zgodnie z normami bezpieczeństwa | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.13 Pokój 3-os. - Stolik kawowy – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Blat o grubości min. 36 mm zakończony okleiną min. 1 mm chyba że wymaga tego konstrukcja to zakończony okleiną min. 2 mm | Tak, podać |  |
|  | Blat o wymiarach min. 1000 mm x 1000 mm | Tak, podać |  |
|  | Wszystkie nieosłonięte krawędzie mebla zabezpieczone okleiną PCV 1 mm lub jeśli wymaga tego konstrukcja 2 mm, klejone przy użyciu technologii zawierającej mniej niz 0,1% monomerów izocyjanianowych. | Tak, podać |  |
|  | W przypadku zastosowania płyt melaminowanych o strukturze drewna, słoje powinny być ułożone wzdłuż dłuższej krawędzi. | Tak, podać |  |
|  | Kolor płyty oraz blatów dostosowany do wymagań Zamawiającego (do ustalenia po wyborze oferty). | Tak, podać |  |
|  | Konstrukcja nóg stołu wykonana z profila stalowego zamkniętego o gr. ścianki min. 3mm malowanego proszkowo, kolor do ustalenia z Zamawiającym (kolornik RAL) | Tak, podać |  |
|  | Przekrój profila konstrukcyjnego dla nóg to min. 60x40 mm | Tak, podać |  |
|  | Nogi mebla zakończone w sposób zapewniający ograniczenie możliwości rysowania podłogi | Tak, podać |  |
|  | Powierzchnia blatu mocowana z konstrukcją metalową przy pomocy min. 12 elementów łączeniowych | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.14 Łazienka - Krzesło prysznicowe składane – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Siedzisko z trwałego PCV o podwyższonej odporności na wilgoć i łatwe w czyszczeniu, wymiar 40×32 cm | Tak, podać |  |
|  | Rama wykonana z aluminium i wzmacnianych wsporników montowanych do ściany | Tak, podać |  |
|  | Składana konstrukcja pozwala zminimalizować zajmowaną przestrzeń po zakończeniu użytkowania | Tak, podać |  |
|  | Nóżki regulowane w zakresie wysokości 42–52 cm, co umożliwia dopasowanie do wzrostu użytkownika | Tak, podać |  |
|  | Gumowe nasadki na nóżkach zabezpieczają taboret przed ślizganiem oraz łazienkę przed uszkodzeniami | Tak, podać |  |
|  | **Dane techniczne**  Wymiary siedziska:**32 x 40 cm** Regulacja wysokości:**42 - 52 cm** Waga:**2,15 kg** Maksymalne obciążenie:**136 kg** +/- 0,5 - 1 cm | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.15 Pokój 3-os.- Łóżko rehabilitacyjne – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Łóżko fabrycznie nowe, Konstrukcja wykonana z kształtowników stalowych pokrytych lakierem poliestrowo - epoksydowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV, | Tak, podać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne łóżka:   * Długość całkowita: 2210 mm, (+/- 30 mm)   Szerokość całkowita: 1000 mm, (+/- 30 mm) | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka o wymiarach 2000 x 900 mm | Tak, podać |  |
|  | Obudowa łóżka oraz barierki boczne wykonane z drewna w kolorze bukowym. | Tak, podać |  |
|  | Obudowa drewniana oraz drewniane barierki boczne estetycznie wykończone o ergonomicznych kształtach. | Tak, podać |  |
|  | Barierki boczne łóżka zabezpieczające pacjenta na całej długości leża, zintegrowane z drewnianą obudową z zaokrąglonymi krawędziami,  Wysokość barierki min. 38 cm od powierzchni leża | Tak, podać |  |
|  | Mechanizm zwalniający barierkę z funkcją świadomego użycia (zabezpieczający przed niepożądanym opuszczeniem barierki)  Łóżko wyposażone w system szybkiego odejmowania i zakładania barierek na słupki bez użycia narzędzi na tzw. „CLICK” | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka 4 segmentowe w tym 3 segmenty uchylne | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka wypełnione drewnianymi lamelami. | Tak, podać |  |
|  | Rama leża wyposażona w tuleje do mocowania wieszaka kroplówki oraz wysięgnika z uchwytem do ręki z możliwością montowania wyposażenia dowolnie po lewej lub prawej stronie łóżka | Tak, podać |  |
|  | Kolor powierzchni lakierowanych łóżka zbliżony do koloru obudowy oraz barierek | Tak, podać |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości leża w zakresie od:  40 - 80 cm, | Tak, podać |  |
|  | Pozostałe elektryczne regulacje :   * kąt segmentu oparcia pleców: 0 - 70°, (+/-3°) * kąt segmentu uda: 0 - 40°, (+/-3°)   pozycja anty-Trendelenburga: 15, (+/-3°) | Tak, podać |  |
|  | Pilot przewodowy dedykowany dla pacjenta i personelu z możliwością blokady poszczególnych pozycji | Tak, podać |  |
|  | Łóżko z możliwością wielokrotnego składania w celu transportu i magazynowania | Tak, podać |  |
|  | Elektryczne zasilanie: 230 V  Łóżko wyposażone w system siłowników elektrycznych marki LINAK | Tak, podać |  |
|  | Podstawa łóżka jezdna wyposażona w antystatyczne koła o średnicy 100 mm z indywidualną blokadą jazdy i obrotu | Tak, podać |  |
|  | Koła dopasowane kolorystycznie do ramy łóżka | Tak, podać |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie robocze łóżka min. 185 kg | Tak, podać |  |
|  | Elementy wyposażenia łóżka:  - Wysięgnik z uchwytem do ręki  - Siłowniki w szczytach łóżka zasłonięte obudową drewnianą w kolorze łóżka | Tak, podać |  |
|  | Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE. Wyrób medyczny (załączyć dokumenty dopuszczające) | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.15 Pokój 3-os.- Szafka nocna z blatem bocznym – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Konstrukcja szafki składająca się z dwóch szuflad z przestrzenią wolną pomiędzy nimi, oraz blatu głównego. | Tak, podać |  |
|  | Korpus szafki wykonany z płyty KF ( płyta wiórowa, wyposażona w plastikową osłonę) o grubości 28 mm, obrotowy umieszczony na mobilnej podstawie, pozwalający na umieszczeniu blatu bocznego szafki z lewej, bądź prawej strony łóżka. Funkcje zmiany stron umieszczenia blatu bocznego realizowane dwoma przyciskami w miejscu łatwego dostępu. | Tak, podać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne:  - wysokość  -  760 mm  - głębokość  -  420 mm (± 30mm),  - szerokość przy rozłożonym blacie - 1110 mm (± 20mm), - szerokość z blatem bocznym – 630 mm (+/- 20mm)  - regulacja wysokości półki bocznej w zakresie: od 800 do 1100 mm; | Tak, podać |  |
|  | Boki blatu głównego zaokrąglone. | Tak, podać |  |
|  | Górna powierzchnia blatu bocznego wykonana z płyty KF o grubości 8 mm, natomiast dolna wysuwana powierzchnia blatu bocznego wykonana z płyty HPL o grubości 6 mm | Tak, podać |  |
|  | Fronty dwóch szuflad wykonane z płyty KF o grubości min.19 mm w kolorze drewnopodobnym zaopatrzone w chromowane uchwyty | Tak, podać |  |
|  | Szuflady górna i dolna wysuwane na prowadnicach. | Tak, podać |  |
|  | Pomiędzy szufladami znajduje się półka na prasę o wysokości min. 110 mm, dostęp od frontu szafki. | Tak, podać |  |
|  | Półka boczna z możliwością regulacji wysokości. Płynna, bezstopniowa regulacja wysokości półki bocznej wspomagana sprężyną gazową, osłoniętą aluminiową osłoną. Regulację wysokości dokonujemy za pomocą tworzywowych dźwigni znajdujących się poniżej blatu przy prowadnicach sprężyny gazowej; | Tak, podać |  |
|  | Blat boczny znajduje się nad korpusem szafki, jest zabezpieczony od frontu tworzywową listwą, natomiast boki blatu otaczają aluminiowe listwy spełniające również rolę prowadnic dla dolnej powierzchni blatu bocznego; | Tak, podać |  |
|  | 4 podwójne koła jezdne o średnicy 65 mm. z elastycznym, niebrudzącym podłóg bieżnikiem, min. 2 z blokadą. | Tak, podać |  |
|  | Przystosowana do dezynfekcji środkami dopuszczonymi do używanych przy pacjencie. | Tak, podać |  |
|  | Możliwość wyboru kolorów frontów szuflad oraz blatu z min. 10 kolorów. | Tak, podać |  |
|  | ·      Deklaracja zgodności Certyfikat ISO 9001:2015 lub równoważny potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiami,  Certyfikat ISO 13485:2016   potwierdzający, że producent wdrożył i utrzymuje system zarządzania jakością dla wyrobów medycznych. | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.15 Pokój 3-os.- Krzesło – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | **Stelaż:** wykonany ze stalowej rury płasko‑owalnej (30 × 15 mm, 1,2–1,5 mm grubości), spawany dwustronnie, co zapewnia wyjątkową trwałość i stabilność | Tak, podać |  |
|  | **Powłoka:** malowanie proszkowe (kolor czarny, aluminium lub chrom), zabezpieczone antykorozyjnie | Tak, podać |  |
|  | Siedzisko i oparcie: na szkielecie ze sklejki bukowej (ok. 4,6 mm), pokryte pianką poliuretanową (~35 mm), zapewniającą wysoki komfort | Tak, podać |  |
|  | Tapicerka: szeroki wybór typu Skaj (ekoskóra), trudnopalne i o wysokiej trwałości (do 200 000 cykli Martindale), dostosowane do wymogów przestrzeni publicznych | Tak, podać |  |
|  | Stopki: plastikowe nakładki chroniące podłogę przed uszkodzeniem | Tak, podać |  |
|  | Wymiary i parametry użytkowe   * Wysokość całkowita: ok. 820–830 mm * Szerokość: ok. 530–540 mm * Głębokość: ok. 540–590 mm * Wysokość siedziska: 450–470 mm * Waga: 5–5,5 kg * Maks. obciążenie: 100–160 kg, zgodnie z normami bezpieczeństwa | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.15 Pokój 3-os. - Stolik kawowy – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Blat o grubości min. 36 mm zakończony okleiną min. 1 mm chyba że wymaga tego konstrukcja to zakończony okleiną min. 2 mm | Tak, podać |  |
|  | Blat o wymiarach min. 1000 mm x 1000 mm | Tak, podać |  |
|  | Wszystkie nieosłonięte krawędzie mebla zabezpieczone okleiną PCV 1 mm lub jeśli wymaga tego konstrukcja 2 mm, klejone przy użyciu technologii zawierającej mniej niz 0,1% monomerów izocyjanianowych. | Tak, podać |  |
|  | W przypadku zastosowania płyt melaminowanych o strukturze drewna, słoje powinny być ułożone wzdłuż dłuższej krawędzi. | Tak, podać |  |
|  | Kolor płyty oraz blatów dostosowany do wymagań Zamawiającego (do ustalenia po wyborze oferty). | Tak, podać |  |
|  | Konstrukcja nóg stołu wykonana z profila stalowego zamkniętego o gr. ścianki min. 3mm malowanego proszkowo, kolor do ustalenia z Zamawiającym (kolornik RAL) | Tak, podać |  |
|  | Przekrój profila konstrukcyjnego dla nóg to min. 60x40 mm | Tak, podać |  |
|  | Nogi mebla zakończone w sposób zapewniający ograniczenie możliwości rysowania podłogi | Tak, podać |  |
|  | Powierzchnia blatu mocowana z konstrukcją metalową przy pomocy min. 12 elementów łączeniowych | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.16 Łazienka - Krzesło prysznicowe składane – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Siedzisko z trwałego PCV o podwyższonej odporności na wilgoć i łatwe w czyszczeniu, wymiar 40×32 cm | Tak, podać |  |
|  | Rama wykonana z aluminium i wzmacnianych wsporników montowanych do ściany | Tak, podać |  |
|  | Składana konstrukcja pozwala zminimalizować zajmowaną przestrzeń po zakończeniu użytkowania | Tak, podać |  |
|  | Nóżki regulowane w zakresie wysokości 42–52 cm, co umożliwia dopasowanie do wzrostu użytkownika | Tak, podać |  |
|  | Gumowe nasadki na nóżkach zabezpieczają taboret przed ślizganiem oraz łazienkę przed uszkodzeniami | Tak, podać |  |
|  | **Dane techniczne**  Wymiary siedziska:**32 x 40 cm** Regulacja wysokości:**42 - 52 cm** Waga:**2,15 kg** Maksymalne obciążenie:**136 kg** +/- 0,5 - 1 cm | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.17 Punkt pielęgniarski - Fotel – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Ergonomiczne krzesło biurowe obrotowe 360 stopni | Tak, podać |  |
|  | Siedzisko i oparcie tapicerowane lub ekoskóra z wysokiej jakości pianką | Tak, podać |  |
|  | Stabilna nylonowa, pięcioramienna podstawa jezdna w kolorze czarnym | Tak, podać |  |
|  | Regulacje i ergonomia   * mechanizm ruchowy „permanentnego kontaktu”, umożliwiający:   + płynną regulację wysokości siedziska pneumatycznie   + regulację wysokości oparcia i głębokości siedziska   regulację kąta odchylenia oparcia w zakresie +6° do –17° z blokadą pozycji | Tak, podać |  |
|  | Podłokietniki regulowane góra–dół, wykonane z tworzywa PA+GF z miękką nakładką PU | Tak, podać |  |
|  | Wymiary i obciążenie   * Szerokość siedziska: ~440 mm, głębokość: regulowana 370–415 mm * Wysokość siedziska: 400–520 mm, wysokość całkowita: 970–1155 mm * Średnica podstawy: 645 mm   Maksymalne obciążenie: 110 kg | Tak, podać |  |
|  | Kółka i podłokietniki   * Kółka gumowane do twardych powierzchni, samohamowne lub bez hamulca   Podłokietniki z regulacją wysokości i miękką nakładką PU poprawiają komfort użytkowania | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.18 Pokój Pielęgniarski- Sofa – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Kanapa przeznaczona do pomieszczeń wypoczynkowych, poczekalni, biur lub pokoi gościnnych. Konstrukcja solidna, wykonana z wysokiej jakości materiałów. Siedzisko i oparcie pokryte łatwą do czyszczenia ekoskórą w kolorze czarnym. Wypełnienie z miękkiej pianki zapewniającej komfort siedzenia. Kanapa wyposażona w stabilne nóżki z tworzywa, chroniące podłogę przed zarysowaniami. | Tak, podać |  |
|  | **Wymiary całkowite (+/- 50 mm):**   * szerokość: 118 cm * głębokość: 60 cm * wysokość: 70 cm   wysokość siedziska od podłogi: 37 cm | Tak, podać |  |
|  | Maksymalne obciążenie: ok. 240 kg | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.18 Pokój Pielęgniarski – Krzesło – 2 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | **Stelaż:** wykonany ze stalowej rury płasko‑owalnej (30 × 15 mm, 1,2–1,5 mm grubości), spawany dwustronnie, co zapewnia wyjątkową trwałość i stabilność | Tak, podać |  |
|  | **Powłoka:** malowanie proszkowe (kolor czarny, aluminium lub chrom), zabezpieczone antykorozyjnie | Tak, podać |  |
|  | Siedzisko i oparcie: na szkielecie ze sklejki bukowej (ok. 4,6 mm), pokryte pianką poliuretanową (~35 mm), zapewniającą wysoki komfort | Tak, podać |  |
|  | Tapicerka: szeroki wybór typu Skaj (ekoskóra), trudnopalne i o wysokiej trwałości (do 200 000 cykli Martindale), dostosowane do wymogów przestrzeni publicznych | Tak, podać |  |
|  | Stopki: plastikowe nakładki chroniące podłogę przed uszkodzeniem | Tak, podać |  |
|  | Wymiary i parametry użytkowe   * Wysokość całkowita: ok. 820–830 mm * Szerokość: ok. 530–540 mm * Głębokość: ok. 540–590 mm * Wysokość siedziska: 450–470 mm * Waga: 5–5,5 kg   Maks. obciążenie: 100–160 kg, zgodnie z normami bezpieczeństwa | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.18 Pokój Pielęgniarski – Stolik kawowy– 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Blat o grubości min. 36 mm zakończony okleiną min. 1 mm chyba że wymaga tego konstrukcja to zakończony okleiną min. 2 mm | Tak, podać |  |
|  | Blat o wymiarach min. 1000 mm x 1000 mm, | Tak, podać |  |
|  | Wszystkie nieosłonięte krawędzie mebla zabezpieczone okleiną PCV 1 mm lub jeśli wymaga tego konstrukcja 2 mm, klejone przy użyciu technologii zawierającej mniej niz 0,1% monomerów izocyjanianowych. | Tak, podać |  |
|  | W przypadku zastosowania płyt melaminowanych o strukturze drewna, słoje powinny być ułożone wzdłuż dłuższej krawędzi. | Tak, podać |  |
|  | Kolor płyty oraz blatów dostosowany do wymagań Zamawiającego (do ustalenia po wyborze oferty). | Tak, podać |  |
|  | Konstrukcja nóg stołu wykonana z profila stalowego zamkniętego o gr. ścianki min. 3mm malowanego proszkowo, kolor do ustalenia z Zamawiającym (kolornik RAL) | Tak, podać |  |
|  | Przekrój profila konstrukcyjnego dla nóg to min. 60x40 mm | Tak, podać |  |
|  | Nogi mebla zakończone w sposób zapewniający ograniczenie możliwości rysowania podłogi | Tak, podać |  |
|  | Powierzchnia blatu mocowana z konstrukcją metalową przy pomocy min. 12 elementów łączeniowych | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.19 Gabinet Pielęgniarski – Fotel do pobierania krwi– 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Stanowisko do pobierania krwi dedykowane do zastosowań w placówkach ochrony zdrowia | Tak, podać |  |
|  | **Regulowany podłokietnik:** możliwość obrotu o 180° oraz płynna regulacja wysokości za pomocą pokrętała | Tak, podać |  |
|  | **Zintegrowane siedzisko z oparciem:** konstrukcja umożliwia regulację oparcia 90°, co zapewnia komfort i stabilne podparcie pacjenta | Tak, podać |  |
|  | **Konstrukcja całego stanowiska:** zintegrowane siedzisko z oparciem oraz podłokietnik | Tak, podać |  |
|  | **Regulacja pozycji:** zarówno podłokietnik, jak i oparcie można dostosować | Tak, podać |  |
|  | Wymiary techniczne i udźwig: Szerokość całkowita 890 mm Długość całkowita 805 mm  Szerokość podstawy 700 mm  Długość podstawy 705 mm  Wysokość całkowita 825 mm  Maksymalne obciążenie 120 kg | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.19 Gabinet Pielęgniarski– Taboret obrotowy z oparciem – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Taboret przeznaczony do użytku w placówkach ochrony zdrowia – gabinetach zabiegowych, diagnostycznych, chirurgicznych, stomatologicznych, | Tak, podać |  |
|  | Siedzisko i oparcie wykonane z tapicerki łatwej do dezynfekcji i utrzymania higieny | Tak, podać |  |
|  | Stelaż (podstawa) z metalu/stopki lub nóżki na kółkach, zapewnia stabilność i bezpieczeństwo | Tak, podać |  |
|  | Wysokość siedziska (min.–max.) 590-780 mm | Tak, podać |  |
|  | Średnica siedziska 390 mm | Tak, podać |  |
|  | Grubość siedziska 100 mm | Tak, podać |  |
|  | Średnica podstawy 600 mm | Tak, podać |  |
|  | Wysokość oparcia pleców 280 mm | Tak, podać |  |
|  | Regulacja oparcia zakres min. 70-80 mm | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.19 Gabinet Pielęgniarski– Stolik zabiegowy z 2 misami – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Stolik przeznaczony do zastosowań w placówkach ochrony zdrowia: gabinetach lekarskich, zabiegowych, punktach pobrań | Tak, podać |  |
|  | **Stelaż:** wykonany z malowanych proszkowo profili stalowych, kolor biały – odporny na środki dezynfekcyjne | Tak, podać |  |
|  | **Blaty:** dwie półki z hartowanego szkła | Tak, podać |  |
|  | **Pojemniki:** dwie odchylane misy ze stali nierdzewnej (każda ok. 2,5 l) na drobne odpady | Tak, podać |  |
|  | **Mobilność:** stolik wyposażony w cztery kółka kierunkowe z możliwością blokady | Tak, podać |  |
|  | **Uchwyty:** boczne uchwyty pozwalają na komfortowy transport mebla | Tak, podać |  |
|  | **Wymiary i udźwig**   * **Wysokość:** 400 mm * **Długość:** 540 mm * **Szerokość:** 420 mm * **Udźwig blatu:** do 10 kg | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.22 Pokój śniadań – Krzesło socjalne – 12 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | **Stelaż:** wykonany ze stalowej rury płasko‑owalnej (30 × 15 mm, 1,2–1,5 mm grubości), spawany dwustronnie, co zapewnia wyjątkową trwałość i stabilność | Tak, podać |  |
|  | **Powłoka:** malowanie proszkowe (kolor czarny, aluminium lub chrom), zabezpieczone antykorozyjnie | Tak, podać |  |
|  | Siedzisko i oparcie: na szkielecie ze sklejki bukowej (ok. 4,6 mm), pokryte pianką poliuretanową (~35 mm), zapewniającą wysoki komfort | Tak, podać |  |
|  | Tapicerka: szeroki wybór typu Skaj (ekoskóra), trudnopalne i o wysokiej trwałości (do 200 000 cykli Martindale), dostosowane do wymogów przestrzeni publicznych | Tak, podać |  |
|  | Stopki: plastikowe nakładki chroniące podłogę przed uszkodzeniem | Tak, podać |  |
|  | Wymiary i parametry użytkowe   * Wysokość całkowita: ok. 820–830 mm * Szerokość: ok. 530–540 mm * Głębokość: ok. 540–590 mm * Wysokość siedziska: 450–470 mm * Waga: 5–5,5 kg   Maks. obciążenie: 100–160 kg, zgodnie z normami bezpieczeństwa | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.22 Pokój śniadań- Stół jadalniany – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Blat o grubości min. 36 mm zakończony okleiną min. 1 mm chyba że wymaga tego konstrukcja to zakończony okleiną min. 2 mm | Tak, podać |  |
|  | Blat o wymiarach min. 1000 mm x 1000 mm, | Tak, podać |  |
|  | Wszystkie nieosłonięte krawędzie mebla zabezpieczone okleiną PCV 1 mm lub jeśli wymaga tego konstrukcja 2 mm, klejone przy użyciu technologii zawierającej mniej niz 0,1% monomerów izocyjanianowych. | Tak, podać |  |
|  | W przypadku zastosowania płyt melaminowanych o strukturze drewna, słoje powinny być ułożone wzdłuż dłuższej krawędzi. | Tak, podać |  |
|  | Kolor płyty oraz blatów dostosowany do wymagań Zamawiającego (do ustalenia po wyborze oferty). | Tak, podać |  |
|  | Konstrukcja nóg stołu wykonana z profila stalowego zamkniętego o gr. ścianki min. 3mm malowanego proszkowo, kolor do ustalenia z Zamawiającym (kolornik RAL) | Tak, podać |  |
|  | Przekrój profila konstrukcyjnego dla nóg to min. 60x40 mm | Tak, podać |  |
|  | Nogi mebla zakończone w sposób zapewniający ograniczenie możliwości rysowania podłogi | Tak, podać |  |
|  | Powierzchnia blatu mocowana z konstrukcją metalową przy pomocy min. 12 elementów łączeniowych | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.24 Pokój 2-os.- Łóżko rehabilitacyjne – 2 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Metalowa konstrukcja łóżka lakierowana proszkowo. Podstawa łóżka pozbawiona kabli oraz układów sterujących funkcjami łóżka, łatwa w utrzymaniu czystości. | Tak, podać |  |
|  | Podstawa łóżka ramiona wznoszące podpierająca leże w min. 8 punktach, gwarantująca stabilność leża. | Tak, podać |  |
|  | Wolna przestrzeń pomiędzy podłożem, a całym podwoziem wynosząca nie mniej niż 160 mm umożliwiająca łatwy przejazd przez progi oraz wjazd do dźwigów osobowych. | Tak, podać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne łóżka:   1. Długość całkowita nie więcej niż 2200mm   Szerokość całkowita wraz z zamontowanymi barierkami nie więcej niż 1040mm | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka czterosegmentowe z czego min. 3 segmenty ruchome | Tak, podać |  |
|  | Zasilanie elektryczne 220/230 V  Szczelność układu elektrycznego IPX6 | Tak, podać |  |
|  | Rama leża wyposażona w gniazdo wyrównania potencjału. Łóżko przebadane pod kątem bezpieczeństwa elektrycznego wg normy PN EN 62353 – **dołączyć protokół z badań przy dostawie produktu.** | Tak, podać |  |
|  | Elektryczne regulacje:  - segment oparcia pleców 0-75° (± 5°)  - segment uda 0-45° (± 5°),  - kąt przechyłu Trendlelenburga 0-18° (± 2°),  - kąt przechyłu anty-Trendlenburga 0-18° (± 2°),  - regulacja segmentu podudzia – ręczna mechanizmem zapadkowym. | Tak, podać |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości w zakresie:  360 do 900 mm (± 20 mm) | Tak, podać |  |
|  | Łóżko sterowane przewodowym pilotem z podświetlanymi klawiszami.  Łóżko posiadające funkcję krzesła kardiologicznego uzyskiwaną na minimum pilocie pacjenta, za pomocą jednego zaprogramowanego przycisku z czytelnym piktogramem. Łózko rozpoczyna serię skoordynowanych ruchów rozpoczynając od podniesienia segmentu podudzia, co pozwala uniknąć zsuwania się pacjenta, następnie podnoszony jest segment pleców i przechył anty-trendelenburga. | Tak, podać |  |
|  | Łóżko wyposażone w panel sterujący chowany pod leżem w półce do odkładania pościeli. Panel wyposażony w podwójne zabezpieczenie przed przypadkowym uruchomieniem funkcji elektrycznych (Dostępność funkcji przy jednoczesnym zastosowaniu przycisku świadomego użycia) z możliwością blokady poszczególnych funkcji pilota. Panel sterujący wyposażony w funkcję anty-szokową , egzaminacyjną.  Posiada optyczny wskaźnik naładowania akumulatora oraz podłączenia do sieci. | Tak, podać |  |
|  | Segment oparcia pleców z możliwością mechanicznego szybkiego poziomowania (CPR) – dźwignia umieszczona pod leżem, oznaczona kolorem czerwonym lub pomarańczowy.  Autokontur segmentu oparcia pleców i uda.  Autoregresja segmentu oparcia pleców zapobiegająca przed zsuwaniem pacjenta. | Tak, podać |  |
|  | Leże wypełnione płytami z polipropylenu , tworzywa odpornego na działanie wysokiej temperatury, środków dezynfekujących oraz działanie UV. Płyty odejmowane bez użycia narzędzi.  Wypełnienia leża wyposażone w otwory do montażu pasów unieruchamiających. | Tak, podać |  |
|  | Akumulator wbudowany w układ elektryczny łóżka podtrzymujący sterowanie łóżka przy braku zasilania sieciowego. | Tak, podać |  |
|  | Łóżko z możliwością przedłużenia leża o min. 15 cm. | Tak, podać |  |
|  | Szczyty łóżka wypełnione płytą tworzywową (HPL) o grubości min. 10 mm (± 2 mm), odejmowana płyta bez użycia narzędzi, umożliwiające łatwy dostęp do pacjenta zarówno od strony nóg jak i głowy. | Tak, podać |  |
|  | Łóżko wyposażone w opuszczane, aluminiowe barierki boczne, zabezpieczające pacjenta na całej długości leża, bez wolnej przestrzeni pomiędzy szczytem a barierką nawet w przypadku wydłużenia leża (zintegrowane ze szczytem łóżka). Tworzywowe listwy odbojowe umieszczone na barierkach na całej ich długości chroniące łóżko przed uderzeniami. Barierki spełniające normę bezpieczeństwa: EN 60601-2-52  Wysokość barierek liczona od górnej części leża do szczytu barierki min 41 cm. | Tak, podać |  |
|  | Wysuwana półka do odkładania pościeli, niewystająca poza obrys ramy łóżka z dopuszczalnym obciążeniem min. 15 kg | Tak, podać |  |
|  | W narożnikach leża 4 krążki odbojowe chroniące przed otarciami.  W części wezgłowia krążki dwuosiowe. | Tak, podać |  |
|  | Łóżko wyposażone w elastyczne tworzywowe uchwyty materaca min. dwóch segmentach leża, dostosowujące się do szerokości materaca, zapobiegające powstawaniu urazów kończyn. | Tak, podać |  |
|  | Podstawa łóżka jezdna wyposażona w antystatyczne koła o średnicy min. 150 mm, z centralną blokadą kół oraz blokadą kierunkową. | Tak, podać |  |
|  | Bezpieczne obciążenie min. 260 kg  Sygnalizacja dźwiękowa informująca o przeciążeniu łóżka. | Tak, podać |  |
|  | Możliwość wyboru kolorów wypełnień szczytów min. 10 kolorów. | Tak, podać |  |
|  | Elementy wyposażenia łóżek:   * Materac   Wysięgnik z uchwytem do ręki dla pacjenta | Tak, podać |  |
|  | * Deklaracja Zgodności, * WPIS lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych. * Certyfikat ISO 9001:2015 lub równoważny potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiami. * Certyfikat ISO 13485:2016 lub równoważny potwierdzający, że producent wdrożył i utrzymuje   system zarządzania jakością dla wyrobów medycznych.   * Powłoka lakiernicza zgodnie z normą EN ISO 10993-5:2009 lub równoważny potwierdzającym że stosowana powłoka lakiernicza nie wywołuje zmian nowotworowych. | Tak, dołączyć do oferty |  |
|  | System do masażu limfatycznego wyposażony w układ wykrywania powtórnego wypełnienia naczyń (VRD), tech­nologię pozwalającą dopasować ucisk do potrzeb każdego pacjenta i przemieścić więcej krwi w tym samym czasie. Model/typ, producent, rok produkcji. | Tak, podać |  |
|  | Lekkie i łatwe w obsłudze, zintegrowane urządzenie poprawiające wydajność pracy i maksymalizujące wygodę użytkowania. | Tak, podać |  |
|  | Kontroler mierzący czas potrzebny do ponownego wypełnienia się krwią żył opróżnionych po cyklu ucisku, zapewniający automatyczną kontrolę sekwencyjnego, gradientowego i obwodowego ucisku na kończyny dolne | Tak, podać |  |
|  | Sekwencyjny, obwodowy ucisk na podudzie i udo z zachowaniem predefiniowanego, automatycznego gradientu ciśnień: dolna część podudzia – 45mmHg; łydka – 40mmHg; udo – 30mmHg. Czas trwania cyklu kompresji – 11s | Tak, podać |  |
|  | Czas trwania przerw pomiędzy kompresjami regulowany automatycznie za pomocą sytemu wykrywającego ponowne wypełnienie naczyń, umożliwiającego dostosowanie częstotliwości kompresji do fizjologii pacjenta, automatyczna rekalkulacja czasu trwania przerw – co 30 min. | Tak, podać |  |
|  | Regulowany automatycznie czas trwania przerw pomiędzy kompresjami dla uda i podudzia w zakresie: 20-60s | Tak, podać |  |
|  | Równomierny ucisk na stopę z predefiniowanym ciśnieniem 130mmHg. Czas trwania cyklu kompresji – 5s | Tak, podać |  |
|  | Regulowany automatycznie czas trwania przerw pomiędzy kompresjami dla stopy w zakresie: 30-60s | Tak, podać |  |
|  | Dostępne mankiety uciskowe udowe, goleniowe, stopowe, w minimum 2 rozmiarach każdego rodzaju | Tak, podać |  |
|  | Mankiety wykonane z materiału odpornego na rozdarcie, przebicie i zamoczenie. | Tak, podać |  |
|  | Kontroler wyposażony w kolorowy ekran LCD o przekątnej powyżej 3 cali. | Tak, podać |  |
|  | Kontroler wyposażony w regulowany uchwyt mocujący do łóżka | Tak, podać |  |
|  | Wymiary urządzenia: wysokość-szerokość-wymiar przód-tył 17-20cm | Tak, podać |  |
|  | Ciężar urządzenia: 2-2,5kg | Tak, podać |  |
|  | Parametry zasilania: 100-240V, 50-60Hz | Tak, podać |  |
|  | Bateria – akumulator litowo-jonowy, czas działania 6-8 godz. | Tak, podać |  |
|  | Kontroler zabezpieczony przed przedostaniem się  wody do środka - stopień ochrony IPX3 – możliwość dezynfekcji. | Tak, podać |  |
|  | Wykaz środków czyszczące i ich  składniki chemiczne – minimum 5 środków dostępnych w sprzedaży | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.24 Pokój 3-os.- Szafka nocna z blatem bocznym – 2 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Konstrukcja szafki składająca się z dwóch szuflad z przestrzenią wolną pomiędzy nimi, oraz blatu głównego. | Tak, podać |  |
|  | Korpus szafki wykonany z płyty KF ( płyta wiórowa, wyposażona w plastikową osłonę) o grubości 28 mm, obrotowy umieszczony na mobilnej podstawie, pozwalający na umieszczeniu blatu bocznego szafki z lewej, bądź prawej strony łóżka. Funkcje zmiany stron umieszczenia blatu bocznego realizowane dwoma przyciskami w miejscu łatwego dostępu. | Tak, podać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne:  - wysokość  -  760 mm  - głębokość  -  420 mm (± 30mm),  - szerokość przy rozłożonym blacie - 1110 mm (± 20mm), - szerokość z blatem bocznym – 630 mm (+/- 20mm)  - regulacja wysokości półki bocznej w zakresie: od 800 do 1100 mm; | Tak, podać |  |
|  | Boki blatu głównego zaokrąglone. | Tak, podać |  |
|  | Górna powierzchnia blatu bocznego wykonana z płyty KF o grubości 8 mm, natomiast dolna wysuwana powierzchnia blatu bocznego wykonana z płyty HPL o grubości 6 mm | Tak, podać |  |
|  | Fronty dwóch szuflad wykonane z płyty KF o grubości min.19 mm w kolorze drewnopodobnym zaopatrzone w chromowane uchwyty | Tak, podać |  |
|  | Szuflady górna i dolna wysuwane na prowadnicach. | Tak, podać |  |
|  | Pomiędzy szufladami znajduje się półka na prasę o wysokości min. 110 mm, dostęp od frontu szafki. | Tak, podać |  |
|  | Półka boczna z możliwością regulacji wysokości. Płynna, bezstopniowa regulacja wysokości półki bocznej wspomagana sprężyną gazową, osłoniętą aluminiową osłoną. Regulację wysokości dokonujemy za pomocą tworzywowych dźwigni znajdujących się poniżej blatu przy prowadnicach sprężyny gazowej; | Tak, podać |  |
|  | Blat boczny znajduje się nad korpusem szafki, jest zabezpieczony od frontu tworzywową listwą, natomiast boki blatu otaczają aluminiowe listwy spełniające również rolę prowadnic dla dolnej powierzchni blatu bocznego; | Tak, podać |  |
|  | 4 podwójne koła jezdne o średnicy 65 mm. z elastycznym, niebrudzącym podłóg bieżnikiem, min. 2 z blokadą. | Tak, podać |  |
|  | Przystosowana do dezynfekcji środkami dopuszczonymi do używanych przy pacjencie. | Tak, podać |  |
|  | Możliwość wyboru kolorów frontów szuflad oraz blatu z min. 10 kolorów. | Tak, podać |  |
|  | ·      Deklaracja zgodności Certyfikat ISO 9001:2015 lub równoważny potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiami,  Certyfikat ISO 13485:2016   potwierdzający, że producent wdrożył i utrzymuje system zarządzania jakością dla wyrobów medycznych. | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.24 Pokój 2-os.- Krzesło – 2 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | **Stelaż:** wykonany ze stalowej rury płasko‑owalnej (30 × 15 mm, 1,2–1,5 mm grubości), spawany dwustronnie, co zapewnia wyjątkową trwałość i stabilność | Tak, podać |  |
|  | **Powłoka:** malowanie proszkowe (kolor czarny, aluminium lub chrom), zabezpieczone antykorozyjnie | Tak, podać |  |
|  | Siedzisko i oparcie: na szkielecie ze sklejki bukowej (ok. 4,6 mm), pokryte pianką poliuretanową (~35 mm), zapewniającą wysoki komfort | Tak, podać |  |
|  | Tapicerka: szeroki wybór typu Skaj (ekoskóra), trudnopalne i o wysokiej trwałości (do 200 000 cykli Martindale), dostosowane do wymogów przestrzeni publicznych | Tak, podać |  |
|  | Stopki: plastikowe nakładki chroniące podłogę przed uszkodzeniem | Tak, podać |  |
|  | Wymiary i parametry użytkowe   * Wysokość całkowita: ok. 820–830 mm * Szerokość: ok. 530–540 mm * Głębokość: ok. 540–590 mm * Wysokość siedziska: 450–470 mm * Waga: 5–5,5 kg * Maks. obciążenie: 100–160 kg, zgodnie z normami bezpieczeństwa | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.24 Pokój 3-os. - Stolik kawowy – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Blat o grubości min. 36 mm zakończony okleiną min. 1 mm chyba że wymaga tego konstrukcja to zakończony okleiną min. 2 mm | Tak, podać |  |
|  | Blat o wymiarach min. 1000 mm x 1000 mm | Tak, podać |  |
|  | Wszystkie nieosłonięte krawędzie mebla zabezpieczone okleiną PCV 1 mm lub jeśli wymaga tego konstrukcja 2 mm, klejone przy użyciu technologii zawierającej mniej niz 0,1% monomerów izocyjanianowych. | Tak, podać |  |
|  | W przypadku zastosowania płyt melaminowanych o strukturze drewna, słoje powinny być ułożone wzdłuż dłuższej krawędzi. | Tak, podać |  |
|  | Kolor płyty oraz blatów dostosowany do wymagań Zamawiającego (do ustalenia po wyborze oferty). | Tak, podać |  |
|  | Konstrukcja nóg stołu wykonana z profila stalowego zamkniętego o gr. ścianki min. 3mm malowanego proszkowo, kolor do ustalenia z Zamawiającym (kolornik RAL) | Tak, podać |  |
|  | Przekrój profila konstrukcyjnego dla nóg to min. 60x40 mm | Tak, podać |  |
|  | Nogi mebla zakończone w sposób zapewniający ograniczenie możliwości rysowania podłogi | Tak, podać |  |
|  | Powierzchnia blatu mocowana z konstrukcją metalową przy pomocy min. 12 elementów łączeniowych | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.25 Łazienka - Krzesło prysznicowe składane – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Siedzisko z trwałego PCV o podwyższonej odporności na wilgoć i łatwe w czyszczeniu, wymiar 40×32 cm | Tak, podać |  |
|  | Rama wykonana z aluminium i wzmacnianych wsporników montowanych do ściany | Tak, podać |  |
|  | Składana konstrukcja pozwala zminimalizować zajmowaną przestrzeń po zakończeniu użytkowania | Tak, podać |  |
|  | Nóżki regulowane w zakresie wysokości 42–52 cm, co umożliwia dopasowanie do wzrostu użytkownika | Tak, podać |  |
|  | Gumowe nasadki na nóżkach zabezpieczają taboret przed ślizganiem oraz łazienkę przed uszkodzeniami | Tak, podać |  |
|  | **Dane techniczne**  Wymiary siedziska:**32 x 40 cm** Regulacja wysokości:**42 - 52 cm** Waga:**2,15 kg** Maksymalne obciążenie:**136 kg** +/- 0,5 - 1 cm | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.27 Pokój 3-os.- Łóżko rehabilitacyjne – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Łóżko fabrycznie nowe, Konstrukcja wykonana z kształtowników stalowych pokrytych lakierem poliestrowo - epoksydowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV, | Tak, podać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne łóżka:   * Długość całkowita: 2210 mm, (+/- 30 mm)   Szerokość całkowita: 1000 mm, (+/- 30 mm) | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka o wymiarach 2000 x 900 mm | Tak, podać |  |
|  | Obudowa łóżka oraz barierki boczne wykonane z drewna w kolorze bukowym. | Tak, podać |  |
|  | Obudowa drewniana oraz drewniane barierki boczne estetycznie wykończone o ergonomicznych kształtach. | Tak, podać |  |
|  | Barierki boczne łóżka zabezpieczające pacjenta na całej długości leża, zintegrowane z drewnianą obudową z zaokrąglonymi krawędziami,  Wysokość barierki min. 38 cm od powierzchni leża | Tak, podać |  |
|  | Mechanizm zwalniający barierkę z funkcją świadomego użycia (zabezpieczający przed niepożądanym opuszczeniem barierki)  Łóżko wyposażone w system szybkiego odejmowania i zakładania barierek na słupki bez użycia narzędzi na tzw. „CLICK” | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka 4 segmentowe w tym 3 segmenty uchylne | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka wypełnione drewnianymi lamelami. | Tak, podać |  |
|  | Rama leża wyposażona w tuleje do mocowania wieszaka kroplówki oraz wysięgnika z uchwytem do ręki z możliwością montowania wyposażenia dowolnie po lewej lub prawej stronie łóżka | Tak, podać |  |
|  | Kolor powierzchni lakierowanych łóżka zbliżony do koloru obudowy oraz barierek | Tak, podać |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości leża w zakresie od:  40 - 80 cm, | Tak, podać |  |
|  | Pozostałe elektryczne regulacje :   * kąt segmentu oparcia pleców: 0 - 70°, (+/-3°) * kąt segmentu uda: 0 - 40°, (+/-3°)   pozycja anty-Trendelenburga: 15, (+/-3°) | Tak, podać |  |
|  | Pilot przewodowy dedykowany dla pacjenta i personelu z możliwością blokady poszczególnych pozycji | Tak, podać |  |
|  | Łóżko z możliwością wielokrotnego składania w celu transportu i magazynowania | Tak, podać |  |
|  | Elektryczne zasilanie: 230 V  Łóżko wyposażone w system siłowników elektrycznych marki LINAK | Tak, podać |  |
|  | Podstawa łóżka jezdna wyposażona w antystatyczne koła o średnicy 100 mm z indywidualną blokadą jazdy i obrotu | Tak, podać |  |
|  | Koła dopasowane kolorystycznie do ramy łóżka | Tak, podać |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie robocze łóżka min. 185 kg | Tak, podać |  |
|  | Elementy wyposażenia łóżka:  - Wysięgnik z uchwytem do ręki  - Siłowniki w szczytach łóżka zasłonięte obudową drewnianą w kolorze łóżka | Tak, podać |  |
|  | Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE. Wyrób medyczny (załączyć dokumenty dopuszczające) | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.27 Pokój 3-os.- Szafka nocna z blatem bocznym – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Konstrukcja szafki składająca się z dwóch szuflad z przestrzenią wolną pomiędzy nimi, oraz blatu głównego. | Tak, podać |  |
|  | Korpus szafki wykonany z płyty KF ( płyta wiórowa, wyposażona w plastikową osłonę) o grubości 28 mm, obrotowy umieszczony na mobilnej podstawie, pozwalający na umieszczeniu blatu bocznego szafki z lewej, bądź prawej strony łóżka. Funkcje zmiany stron umieszczenia blatu bocznego realizowane dwoma przyciskami w miejscu łatwego dostępu. | Tak, podać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne:  - wysokość  -  760 mm  - głębokość  -  420 mm (± 30mm),  - szerokość przy rozłożonym blacie - 1110 mm (± 20mm), - szerokość z blatem bocznym – 630 mm (+/- 20mm)  - regulacja wysokości półki bocznej w zakresie: od 800 do 1100 mm; | Tak, podać |  |
|  | Boki blatu głównego zaokrąglone. | Tak, podać |  |
|  | Górna powierzchnia blatu bocznego wykonana z płyty KF o grubości 8 mm, natomiast dolna wysuwana powierzchnia blatu bocznego wykonana z płyty HPL o grubości 6 mm | Tak, podać |  |
|  | Fronty dwóch szuflad wykonane z płyty KF o grubości min.19 mm w kolorze drewnopodobnym zaopatrzone w chromowane uchwyty | Tak, podać |  |
|  | Szuflady górna i dolna wysuwane na prowadnicach. | Tak, podać |  |
|  | Pomiędzy szufladami znajduje się półka na prasę o wysokości min. 110 mm, dostęp od frontu szafki. | Tak, podać |  |
|  | Półka boczna z możliwością regulacji wysokości. Płynna, bezstopniowa regulacja wysokości półki bocznej wspomagana sprężyną gazową, osłoniętą aluminiową osłoną. Regulację wysokości dokonujemy za pomocą tworzywowych dźwigni znajdujących się poniżej blatu przy prowadnicach sprężyny gazowej; | Tak, podać |  |
|  | Blat boczny znajduje się nad korpusem szafki, jest zabezpieczony od frontu tworzywową listwą, natomiast boki blatu otaczają aluminiowe listwy spełniające również rolę prowadnic dla dolnej powierzchni blatu bocznego; | Tak, podać |  |
|  | 4 podwójne koła jezdne o średnicy 65 mm. z elastycznym, niebrudzącym podłóg bieżnikiem, min. 2 z blokadą. | Tak, podać |  |
|  | Przystosowana do dezynfekcji środkami dopuszczonymi do używanych przy pacjencie. | Tak, podać |  |
|  | Możliwość wyboru kolorów frontów szuflad oraz blatu z min. 10 kolorów. | Tak, podać |  |
|  | ·      Deklaracja zgodności Certyfikat ISO 9001:2015 lub równoważny potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiami,  Certyfikat ISO 13485:2016   potwierdzający, że producent wdrożył i utrzymuje system zarządzania jakością dla wyrobów medycznych. | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.27 Pokój 3-os.- Krzesło – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | **Stelaż:** wykonany ze stalowej rury płasko‑owalnej (30 × 15 mm, 1,2–1,5 mm grubości), spawany dwustronnie, co zapewnia wyjątkową trwałość i stabilność | Tak, podać |  |
|  | **Powłoka:** malowanie proszkowe (kolor czarny, aluminium lub chrom), zabezpieczone antykorozyjnie | Tak, podać |  |
|  | Siedzisko i oparcie: na szkielecie ze sklejki bukowej (ok. 4,6 mm), pokryte pianką poliuretanową (~35 mm), zapewniającą wysoki komfort | Tak, podać |  |
|  | Tapicerka: szeroki wybór typu Skaj (ekoskóra), trudnopalne i o wysokiej trwałości (do 200 000 cykli Martindale), dostosowane do wymogów przestrzeni publicznych | Tak, podać |  |
|  | Stopki: plastikowe nakładki chroniące podłogę przed uszkodzeniem | Tak, podać |  |
|  | Wymiary i parametry użytkowe   * Wysokość całkowita: ok. 820–830 mm * Szerokość: ok. 530–540 mm * Głębokość: ok. 540–590 mm * Wysokość siedziska: 450–470 mm * Waga: 5–5,5 kg * Maks. obciążenie: 100–160 kg, zgodnie z normami bezpieczeństwa | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.27 Pokój 3-os. - Stolik kawowy – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Blat o grubości min. 36 mm zakończony okleiną min. 1 mm chyba że wymaga tego konstrukcja to zakończony okleiną min. 2 mm | Tak, podać |  |
|  | Blat o wymiarach min. 1000 mm x 1000 mm | Tak, podać |  |
|  | Wszystkie nieosłonięte krawędzie mebla zabezpieczone okleiną PCV 1 mm lub jeśli wymaga tego konstrukcja 2 mm, klejone przy użyciu technologii zawierającej mniej niz 0,1% monomerów izocyjanianowych. | Tak, podać |  |
|  | W przypadku zastosowania płyt melaminowanych o strukturze drewna, słoje powinny być ułożone wzdłuż dłuższej krawędzi. | Tak, podać |  |
|  | Kolor płyty oraz blatów dostosowany do wymagań Zamawiającego (do ustalenia po wyborze oferty). | Tak, podać |  |
|  | Konstrukcja nóg stołu wykonana z profila stalowego zamkniętego o gr. ścianki min. 3mm malowanego proszkowo, kolor do ustalenia z Zamawiającym (kolornik RAL) | Tak, podać |  |
|  | Przekrój profila konstrukcyjnego dla nóg to min. 60x40 mm | Tak, podać |  |
|  | Nogi mebla zakończone w sposób zapewniający ograniczenie możliwości rysowania podłogi | Tak, podać |  |
|  | Powierzchnia blatu mocowana z konstrukcją metalową przy pomocy min. 12 elementów łączeniowych | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.28 Łazienka - Krzesło prysznicowe składane – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Siedzisko z trwałego PCV o podwyższonej odporności na wilgoć i łatwe w czyszczeniu, wymiar 40×32 cm | Tak, podać |  |
|  | Rama wykonana z aluminium i wzmacnianych wsporników montowanych do ściany | Tak, podać |  |
|  | Składana konstrukcja pozwala zminimalizować zajmowaną przestrzeń po zakończeniu użytkowania | Tak, podać |  |
|  | Nóżki regulowane w zakresie wysokości 42–52 cm, co umożliwia dopasowanie do wzrostu użytkownika | Tak, podać |  |
|  | Gumowe nasadki na nóżkach zabezpieczają taboret przed ślizganiem oraz łazienkę przed uszkodzeniami | Tak, podać |  |
|  | **Dane techniczne**  Wymiary siedziska:**32 x 40 cm** Regulacja wysokości:**42 - 52 cm** Waga:**2,15 kg** Maksymalne obciążenie:**136 kg** +/- 0,5 - 1 cm | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.29 Pokój 3-os.- Łóżko rehabilitacyjne – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Łóżko fabrycznie nowe, Konstrukcja wykonana z kształtowników stalowych pokrytych lakierem poliestrowo - epoksydowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV, | Tak, podać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne łóżka:   * Długość całkowita: 2210 mm, (+/- 30 mm)   Szerokość całkowita: 1000 mm, (+/- 30 mm) | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka o wymiarach 2000 x 900 mm | Tak, podać |  |
|  | Obudowa łóżka oraz barierki boczne wykonane z drewna w kolorze bukowym. | Tak, podać |  |
|  | Obudowa drewniana oraz drewniane barierki boczne estetycznie wykończone o ergonomicznych kształtach. | Tak, podać |  |
|  | Barierki boczne łóżka zabezpieczające pacjenta na całej długości leża, zintegrowane z drewnianą obudową z zaokrąglonymi krawędziami,  Wysokość barierki min. 38 cm od powierzchni leża | Tak, podać |  |
|  | Mechanizm zwalniający barierkę z funkcją świadomego użycia (zabezpieczający przed niepożądanym opuszczeniem barierki)  Łóżko wyposażone w system szybkiego odejmowania i zakładania barierek na słupki bez użycia narzędzi na tzw. „CLICK” | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka 4 segmentowe w tym 3 segmenty uchylne | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka wypełnione drewnianymi lamelami. | Tak, podać |  |
|  | Rama leża wyposażona w tuleje do mocowania wieszaka kroplówki oraz wysięgnika z uchwytem do ręki z możliwością montowania wyposażenia dowolnie po lewej lub prawej stronie łóżka | Tak, podać |  |
|  | Kolor powierzchni lakierowanych łóżka zbliżony do koloru obudowy oraz barierek | Tak, podać |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości leża w zakresie od:  40 - 80 cm, | Tak, podać |  |
|  | Pozostałe elektryczne regulacje :   * kąt segmentu oparcia pleców: 0 - 70°, (+/-3°) * kąt segmentu uda: 0 - 40°, (+/-3°)   pozycja anty-Trendelenburga: 15, (+/-3°) | Tak, podać |  |
|  | Pilot przewodowy dedykowany dla pacjenta i personelu z możliwością blokady poszczególnych pozycji | Tak, podać |  |
|  | Łóżko z możliwością wielokrotnego składania w celu transportu i magazynowania | Tak, podać |  |
|  | Elektryczne zasilanie: 230 V  Łóżko wyposażone w system siłowników elektrycznych marki LINAK | Tak, podać |  |
|  | Podstawa łóżka jezdna wyposażona w antystatyczne koła o średnicy 100 mm z indywidualną blokadą jazdy i obrotu | Tak, podać |  |
|  | Koła dopasowane kolorystycznie do ramy łóżka | Tak, podać |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie robocze łóżka min. 185 kg | Tak, podać |  |
|  | Elementy wyposażenia łóżka:  - Wysięgnik z uchwytem do ręki  - Siłowniki w szczytach łóżka zasłonięte obudową drewnianą w kolorze łóżka | Tak, podać |  |
|  | Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE. Wyrób medyczny (załączyć dokumenty dopuszczające) | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.29 Pokój 3-os.- Szafka nocna z blatem bocznym – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Konstrukcja szafki składająca się z dwóch szuflad z przestrzenią wolną pomiędzy nimi, oraz blatu głównego. | Tak, podać |  |
|  | Korpus szafki wykonany z płyty KF ( płyta wiórowa, wyposażona w plastikową osłonę) o grubości 28 mm, obrotowy umieszczony na mobilnej podstawie, pozwalający na umieszczeniu blatu bocznego szafki z lewej, bądź prawej strony łóżka. Funkcje zmiany stron umieszczenia blatu bocznego realizowane dwoma przyciskami w miejscu łatwego dostępu. | Tak, podać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne:  - wysokość  -  760 mm  - głębokość  -  420 mm (± 30mm),  - szerokość przy rozłożonym blacie - 1110 mm (± 20mm), - szerokość z blatem bocznym – 630 mm (+/- 20mm)  - regulacja wysokości półki bocznej w zakresie: od 800 do 1100 mm; | Tak, podać |  |
|  | Boki blatu głównego zaokrąglone. | Tak, podać |  |
|  | Górna powierzchnia blatu bocznego wykonana z płyty KF o grubości 8 mm, natomiast dolna wysuwana powierzchnia blatu bocznego wykonana z płyty HPL o grubości 6 mm | Tak, podać |  |
|  | Fronty dwóch szuflad wykonane z płyty KF o grubości min.19 mm w kolorze drewnopodobnym zaopatrzone w chromowane uchwyty | Tak, podać |  |
|  | Szuflady górna i dolna wysuwane na prowadnicach. | Tak, podać |  |
|  | Pomiędzy szufladami znajduje się półka na prasę o wysokości min. 110 mm, dostęp od frontu szafki. | Tak, podać |  |
|  | Półka boczna z możliwością regulacji wysokości. Płynna, bezstopniowa regulacja wysokości półki bocznej wspomagana sprężyną gazową, osłoniętą aluminiową osłoną. Regulację wysokości dokonujemy za pomocą tworzywowych dźwigni znajdujących się poniżej blatu przy prowadnicach sprężyny gazowej; | Tak, podać |  |
|  | Blat boczny znajduje się nad korpusem szafki, jest zabezpieczony od frontu tworzywową listwą, natomiast boki blatu otaczają aluminiowe listwy spełniające również rolę prowadnic dla dolnej powierzchni blatu bocznego; | Tak, podać |  |
|  | 4 podwójne koła jezdne o średnicy 65 mm. z elastycznym, niebrudzącym podłóg bieżnikiem, min. 2 z blokadą. | Tak, podać |  |
|  | Przystosowana do dezynfekcji środkami dopuszczonymi do używanych przy pacjencie. | Tak, podać |  |
|  | Możliwość wyboru kolorów frontów szuflad oraz blatu z min. 10 kolorów. | Tak, podać |  |
|  | ·      Deklaracja zgodności Certyfikat ISO 9001:2015 lub równoważny potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiami,  Certyfikat ISO 13485:2016   potwierdzający, że producent wdrożył i utrzymuje system zarządzania jakością dla wyrobów medycznych. | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.29 Pokój 3-os.- Krzesło – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | **Stelaż:** wykonany ze stalowej rury płasko‑owalnej (30 × 15 mm, 1,2–1,5 mm grubości), spawany dwustronnie, co zapewnia wyjątkową trwałość i stabilność | Tak, podać |  |
|  | **Powłoka:** malowanie proszkowe (kolor czarny, aluminium lub chrom), zabezpieczone antykorozyjnie | Tak, podać |  |
|  | Siedzisko i oparcie: na szkielecie ze sklejki bukowej (ok. 4,6 mm), pokryte pianką poliuretanową (~35 mm), zapewniającą wysoki komfort | Tak, podać |  |
|  | Tapicerka: szeroki wybór typu Skaj (ekoskóra), trudnopalne i o wysokiej trwałości (do 200 000 cykli Martindale), dostosowane do wymogów przestrzeni publicznych | Tak, podać |  |
|  | Stopki: plastikowe nakładki chroniące podłogę przed uszkodzeniem | Tak, podać |  |
|  | Wymiary i parametry użytkowe   * Wysokość całkowita: ok. 820–830 mm * Szerokość: ok. 530–540 mm * Głębokość: ok. 540–590 mm * Wysokość siedziska: 450–470 mm * Waga: 5–5,5 kg * Maks. obciążenie: 100–160 kg, zgodnie z normami bezpieczeństwa | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.29 Pokój 3-os. - Stolik kawowy – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Blat o grubości min. 36 mm zakończony okleiną min. 1 mm chyba że wymaga tego konstrukcja to zakończony okleiną min. 2 mm | Tak, podać |  |
|  | Blat o wymiarach min. 1000 mm x 1000 mm | Tak, podać |  |
|  | Wszystkie nieosłonięte krawędzie mebla zabezpieczone okleiną PCV 1 mm lub jeśli wymaga tego konstrukcja 2 mm, klejone przy użyciu technologii zawierającej mniej niz 0,1% monomerów izocyjanianowych. | Tak, podać |  |
|  | W przypadku zastosowania płyt melaminowanych o strukturze drewna, słoje powinny być ułożone wzdłuż dłuższej krawędzi. | Tak, podać |  |
|  | Kolor płyty oraz blatów dostosowany do wymagań Zamawiającego (do ustalenia po wyborze oferty). | Tak, podać |  |
|  | Konstrukcja nóg stołu wykonana z profila stalowego zamkniętego o gr. ścianki min. 3mm malowanego proszkowo, kolor do ustalenia z Zamawiającym (kolornik RAL) | Tak, podać |  |
|  | Przekrój profila konstrukcyjnego dla nóg to min. 60x40 mm | Tak, podać |  |
|  | Nogi mebla zakończone w sposób zapewniający ograniczenie możliwości rysowania podłogi | Tak, podać |  |
|  | Powierzchnia blatu mocowana z konstrukcją metalową przy pomocy min. 12 elementów łączeniowych | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.30 Łazienka - Krzesło prysznicowe składane – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Siedzisko z trwałego PCV o podwyższonej odporności na wilgoć i łatwe w czyszczeniu, wymiar 40×32 cm | Tak, podać |  |
|  | Rama wykonana z aluminium i wzmacnianych wsporników montowanych do ściany | Tak, podać |  |
|  | Składana konstrukcja pozwala zminimalizować zajmowaną przestrzeń po zakończeniu użytkowania | Tak, podać |  |
|  | Nóżki regulowane w zakresie wysokości 42–52 cm, co umożliwia dopasowanie do wzrostu użytkownika | Tak, podać |  |
|  | Gumowe nasadki na nóżkach zabezpieczają taboret przed ślizganiem oraz łazienkę przed uszkodzeniami | Tak, podać |  |
|  | **Dane techniczne**  Wymiary siedziska:**32 x 40 cm** Regulacja wysokości:**42 - 52 cm** Waga:**2,15 kg** Maksymalne obciążenie:**136 kg** +/- 0,5 - 1 cm | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.31 Pokój 3-os.- Łóżko rehabilitacyjne – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Łóżko fabrycznie nowe, Konstrukcja wykonana z kształtowników stalowych pokrytych lakierem poliestrowo - epoksydowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV, | Tak, podać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne łóżka:   * Długość całkowita: 2210 mm, (+/- 30 mm)   Szerokość całkowita: 1000 mm, (+/- 30 mm) | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka o wymiarach 2000 x 900 mm | Tak, podać |  |
|  | Obudowa łóżka oraz barierki boczne wykonane z drewna w kolorze bukowym. | Tak, podać |  |
|  | Obudowa drewniana oraz drewniane barierki boczne estetycznie wykończone o ergonomicznych kształtach. | Tak, podać |  |
|  | Barierki boczne łóżka zabezpieczające pacjenta na całej długości leża, zintegrowane z drewnianą obudową z zaokrąglonymi krawędziami,  Wysokość barierki min. 38 cm od powierzchni leża | Tak, podać |  |
|  | Mechanizm zwalniający barierkę z funkcją świadomego użycia (zabezpieczający przed niepożądanym opuszczeniem barierki)  Łóżko wyposażone w system szybkiego odejmowania i zakładania barierek na słupki bez użycia narzędzi na tzw. „CLICK” | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka 4 segmentowe w tym 3 segmenty uchylne | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka wypełnione drewnianymi lamelami. | Tak, podać |  |
|  | Rama leża wyposażona w tuleje do mocowania wieszaka kroplówki oraz wysięgnika z uchwytem do ręki z możliwością montowania wyposażenia dowolnie po lewej lub prawej stronie łóżka | Tak, podać |  |
|  | Kolor powierzchni lakierowanych łóżka zbliżony do koloru obudowy oraz barierek | Tak, podać |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości leża w zakresie od:  40 - 80 cm, | Tak, podać |  |
|  | Pozostałe elektryczne regulacje :   * kąt segmentu oparcia pleców: 0 - 70°, (+/-3°) * kąt segmentu uda: 0 - 40°, (+/-3°)   pozycja anty-Trendelenburga: 15, (+/-3°) | Tak, podać |  |
|  | Pilot przewodowy dedykowany dla pacjenta i personelu z możliwością blokady poszczególnych pozycji | Tak, podać |  |
|  | Łóżko z możliwością wielokrotnego składania w celu transportu i magazynowania | Tak, podać |  |
|  | Elektryczne zasilanie: 230 V  Łóżko wyposażone w system siłowników elektrycznych marki LINAK | Tak, podać |  |
|  | Podstawa łóżka jezdna wyposażona w antystatyczne koła o średnicy 100 mm z indywidualną blokadą jazdy i obrotu | Tak, podać |  |
|  | Koła dopasowane kolorystycznie do ramy łóżka | Tak, podać |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie robocze łóżka min. 185 kg | Tak, podać |  |
|  | Elementy wyposażenia łóżka:  - Wysięgnik z uchwytem do ręki  - Siłowniki w szczytach łóżka zasłonięte obudową drewnianą w kolorze łóżka | Tak, podać |  |
|  | Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE. Wyrób medyczny (załączyć dokumenty dopuszczające) | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.31 Pokój 3-os.- Szafka nocna z blatem bocznym – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Konstrukcja szafki składająca się z dwóch szuflad z przestrzenią wolną pomiędzy nimi, oraz blatu głównego. | Tak, podać |  |
|  | Korpus szafki wykonany z płyty KF ( płyta wiórowa, wyposażona w plastikową osłonę) o grubości 28 mm, obrotowy umieszczony na mobilnej podstawie, pozwalający na umieszczeniu blatu bocznego szafki z lewej, bądź prawej strony łóżka. Funkcje zmiany stron umieszczenia blatu bocznego realizowane dwoma przyciskami w miejscu łatwego dostępu. | Tak, podać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne:  - wysokość  -  760 mm  - głębokość  -  420 mm (± 30mm),  - szerokość przy rozłożonym blacie - 1110 mm (± 20mm), - szerokość z blatem bocznym – 630 mm (+/- 20mm)  - regulacja wysokości półki bocznej w zakresie: od 800 do 1100 mm; | Tak, podać |  |
|  | Boki blatu głównego zaokrąglone. | Tak, podać |  |
|  | Górna powierzchnia blatu bocznego wykonana z płyty KF o grubości 8 mm, natomiast dolna wysuwana powierzchnia blatu bocznego wykonana z płyty HPL o grubości 6 mm | Tak, podać |  |
|  | Fronty dwóch szuflad wykonane z płyty KF o grubości min.19 mm w kolorze drewnopodobnym zaopatrzone w chromowane uchwyty | Tak, podać |  |
|  | Szuflady górna i dolna wysuwane na prowadnicach. | Tak, podać |  |
|  | Pomiędzy szufladami znajduje się półka na prasę o wysokości min. 110 mm, dostęp od frontu szafki. | Tak, podać |  |
|  | Półka boczna z możliwością regulacji wysokości. Płynna, bezstopniowa regulacja wysokości półki bocznej wspomagana sprężyną gazową, osłoniętą aluminiową osłoną. Regulację wysokości dokonujemy za pomocą tworzywowych dźwigni znajdujących się poniżej blatu przy prowadnicach sprężyny gazowej; | Tak, podać |  |
|  | Blat boczny znajduje się nad korpusem szafki, jest zabezpieczony od frontu tworzywową listwą, natomiast boki blatu otaczają aluminiowe listwy spełniające również rolę prowadnic dla dolnej powierzchni blatu bocznego; | Tak, podać |  |
|  | 4 podwójne koła jezdne o średnicy 65 mm. z elastycznym, niebrudzącym podłóg bieżnikiem, min. 2 z blokadą. | Tak, podać |  |
|  | Przystosowana do dezynfekcji środkami dopuszczonymi do używanych przy pacjencie. | Tak, podać |  |
|  | Możliwość wyboru kolorów frontów szuflad oraz blatu z min. 10 kolorów. | Tak, podać |  |
|  | ·      Deklaracja zgodności Certyfikat ISO 9001:2015 lub równoważny potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiami,  Certyfikat ISO 13485:2016   potwierdzający, że producent wdrożył i utrzymuje system zarządzania jakością dla wyrobów medycznych. | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.31 Pokój 3-os.- Krzesło – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | **Stelaż:** wykonany ze stalowej rury płasko‑owalnej (30 × 15 mm, 1,2–1,5 mm grubości), spawany dwustronnie, co zapewnia wyjątkową trwałość i stabilność | Tak, podać |  |
|  | **Powłoka:** malowanie proszkowe (kolor czarny, aluminium lub chrom), zabezpieczone antykorozyjnie | Tak, podać |  |
|  | Siedzisko i oparcie: na szkielecie ze sklejki bukowej (ok. 4,6 mm), pokryte pianką poliuretanową (~35 mm), zapewniającą wysoki komfort | Tak, podać |  |
|  | Tapicerka: szeroki wybór typu Skaj (ekoskóra), trudnopalne i o wysokiej trwałości (do 200 000 cykli Martindale), dostosowane do wymogów przestrzeni publicznych | Tak, podać |  |
|  | Stopki: plastikowe nakładki chroniące podłogę przed uszkodzeniem | Tak, podać |  |
|  | Wymiary i parametry użytkowe   * Wysokość całkowita: ok. 820–830 mm * Szerokość: ok. 530–540 mm * Głębokość: ok. 540–590 mm * Wysokość siedziska: 450–470 mm * Waga: 5–5,5 kg * Maks. obciążenie: 100–160 kg, zgodnie z normami bezpieczeństwa | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.31 Pokój 3-os. - Stolik kawowy – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Blat o grubości min. 36 mm zakończony okleiną min. 1 mm chyba że wymaga tego konstrukcja to zakończony okleiną min. 2 mm | Tak, podać |  |
|  | Blat o wymiarach min. 1000 mm x 1000 mm | Tak, podać |  |
|  | Wszystkie nieosłonięte krawędzie mebla zabezpieczone okleiną PCV 1 mm lub jeśli wymaga tego konstrukcja 2 mm, klejone przy użyciu technologii zawierającej mniej niz 0,1% monomerów izocyjanianowych. | Tak, podać |  |
|  | W przypadku zastosowania płyt melaminowanych o strukturze drewna, słoje powinny być ułożone wzdłuż dłuższej krawędzi. | Tak, podać |  |
|  | Kolor płyty oraz blatów dostosowany do wymagań Zamawiającego (do ustalenia po wyborze oferty). | Tak, podać |  |
|  | Konstrukcja nóg stołu wykonana z profila stalowego zamkniętego o gr. ścianki min. 3mm malowanego proszkowo, kolor do ustalenia z Zamawiającym (kolornik RAL) | Tak, podać |  |
|  | Przekrój profila konstrukcyjnego dla nóg to min. 60x40 mm | Tak, podać |  |
|  | Nogi mebla zakończone w sposób zapewniający ograniczenie możliwości rysowania podłogi | Tak, podać |  |
|  | Powierzchnia blatu mocowana z konstrukcją metalową przy pomocy min. 12 elementów łączeniowych | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.32 Łazienka - Krzesło prysznicowe składane – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Siedzisko z trwałego PCV o podwyższonej odporności na wilgoć i łatwe w czyszczeniu, wymiar 40×32 cm | Tak, podać |  |
|  | Rama wykonana z aluminium i wzmacnianych wsporników montowanych do ściany | Tak, podać |  |
|  | Składana konstrukcja pozwala zminimalizować zajmowaną przestrzeń po zakończeniu użytkowania | Tak, podać |  |
|  | Nóżki regulowane w zakresie wysokości 42–52 cm, co umożliwia dopasowanie do wzrostu użytkownika | Tak, podać |  |
|  | Gumowe nasadki na nóżkach zabezpieczają taboret przed ślizganiem oraz łazienkę przed uszkodzeniami | Tak, podać |  |
|  | **Dane techniczne**  Wymiary siedziska:**32 x 40 cm** Regulacja wysokości:**42 - 52 cm** Waga:**2,15 kg** Maksymalne obciążenie:**136 kg** +/- 0,5 - 1 cm | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.33 Pokój 3-os.- Łóżko rehabilitacyjne – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Łóżko fabrycznie nowe, Konstrukcja wykonana z kształtowników stalowych pokrytych lakierem poliestrowo - epoksydowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV, | Tak, podać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne łóżka:   * Długość całkowita: 2210 mm, (+/- 30 mm)   Szerokość całkowita: 1000 mm, (+/- 30 mm) | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka o wymiarach 2000 x 900 mm | Tak, podać |  |
|  | Obudowa łóżka oraz barierki boczne wykonane z drewna w kolorze bukowym. | Tak, podać |  |
|  | Obudowa drewniana oraz drewniane barierki boczne estetycznie wykończone o ergonomicznych kształtach. | Tak, podać |  |
|  | Barierki boczne łóżka zabezpieczające pacjenta na całej długości leża, zintegrowane z drewnianą obudową z zaokrąglonymi krawędziami,  Wysokość barierki min. 38 cm od powierzchni leża | Tak, podać |  |
|  | Mechanizm zwalniający barierkę z funkcją świadomego użycia (zabezpieczający przed niepożądanym opuszczeniem barierki)  Łóżko wyposażone w system szybkiego odejmowania i zakładania barierek na słupki bez użycia narzędzi na tzw. „CLICK” | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka 4 segmentowe w tym 3 segmenty uchylne | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka wypełnione drewnianymi lamelami. | Tak, podać |  |
|  | Rama leża wyposażona w tuleje do mocowania wieszaka kroplówki oraz wysięgnika z uchwytem do ręki z możliwością montowania wyposażenia dowolnie po lewej lub prawej stronie łóżka | Tak, podać |  |
|  | Kolor powierzchni lakierowanych łóżka zbliżony do koloru obudowy oraz barierek | Tak, podać |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości leża w zakresie od:  40 - 80 cm, | Tak, podać |  |
|  | Pozostałe elektryczne regulacje :   * kąt segmentu oparcia pleców: 0 - 70°, (+/-3°) * kąt segmentu uda: 0 - 40°, (+/-3°)   pozycja anty-Trendelenburga: 15, (+/-3°) | Tak, podać |  |
|  | Pilot przewodowy dedykowany dla pacjenta i personelu z możliwością blokady poszczególnych pozycji | Tak, podać |  |
|  | Łóżko z możliwością wielokrotnego składania w celu transportu i magazynowania | Tak, podać |  |
|  | Elektryczne zasilanie: 230 V  Łóżko wyposażone w system siłowników elektrycznych marki LINAK | Tak, podać |  |
|  | Podstawa łóżka jezdna wyposażona w antystatyczne koła o średnicy 100 mm z indywidualną blokadą jazdy i obrotu | Tak, podać |  |
|  | Koła dopasowane kolorystycznie do ramy łóżka | Tak, podać |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie robocze łóżka min. 185 kg | Tak, podać |  |
|  | Elementy wyposażenia łóżka:  - Wysięgnik z uchwytem do ręki  - Siłowniki w szczytach łóżka zasłonięte obudową drewnianą w kolorze łóżka | Tak, podać |  |
|  | Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE. Wyrób medyczny (załączyć dokumenty dopuszczające) | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.33 Pokój 3-os.- Szafka nocna z blatem bocznym – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Konstrukcja szafki składająca się z dwóch szuflad z przestrzenią wolną pomiędzy nimi, oraz blatu głównego. | Tak, podać |  |
|  | Korpus szafki wykonany z płyty KF ( płyta wiórowa, wyposażona w plastikową osłonę) o grubości 28 mm, obrotowy umieszczony na mobilnej podstawie, pozwalający na umieszczeniu blatu bocznego szafki z lewej, bądź prawej strony łóżka. Funkcje zmiany stron umieszczenia blatu bocznego realizowane dwoma przyciskami w miejscu łatwego dostępu. | Tak, podać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne:  - wysokość  -  760 mm  - głębokość  -  420 mm (± 30mm),  - szerokość przy rozłożonym blacie - 1110 mm (± 20mm), - szerokość z blatem bocznym – 630 mm (+/- 20mm)  - regulacja wysokości półki bocznej w zakresie: od 800 do 1100 mm; | Tak, podać |  |
|  | Boki blatu głównego zaokrąglone. | Tak, podać |  |
|  | Górna powierzchnia blatu bocznego wykonana z płyty KF o grubości 8 mm, natomiast dolna wysuwana powierzchnia blatu bocznego wykonana z płyty HPL o grubości 6 mm | Tak, podać |  |
|  | Fronty dwóch szuflad wykonane z płyty KF o grubości min.19 mm w kolorze drewnopodobnym zaopatrzone w chromowane uchwyty | Tak, podać |  |
|  | Szuflady górna i dolna wysuwane na prowadnicach. | Tak, podać |  |
|  | Pomiędzy szufladami znajduje się półka na prasę o wysokości min. 110 mm, dostęp od frontu szafki. | Tak, podać |  |
|  | Półka boczna z możliwością regulacji wysokości. Płynna, bezstopniowa regulacja wysokości półki bocznej wspomagana sprężyną gazową, osłoniętą aluminiową osłoną. Regulację wysokości dokonujemy za pomocą tworzywowych dźwigni znajdujących się poniżej blatu przy prowadnicach sprężyny gazowej; | Tak, podać |  |
|  | Blat boczny znajduje się nad korpusem szafki, jest zabezpieczony od frontu tworzywową listwą, natomiast boki blatu otaczają aluminiowe listwy spełniające również rolę prowadnic dla dolnej powierzchni blatu bocznego; | Tak, podać |  |
|  | 4 podwójne koła jezdne o średnicy 65 mm. z elastycznym, niebrudzącym podłóg bieżnikiem, min. 2 z blokadą. | Tak, podać |  |
|  | Przystosowana do dezynfekcji środkami dopuszczonymi do używanych przy pacjencie. | Tak, podać |  |
|  | Możliwość wyboru kolorów frontów szuflad oraz blatu z min. 10 kolorów. | Tak, podać |  |
|  | ·      Deklaracja zgodności Certyfikat ISO 9001:2015 lub równoważny potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiami,  Certyfikat ISO 13485:2016   potwierdzający, że producent wdrożył i utrzymuje system zarządzania jakością dla wyrobów medycznych. | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.33 Pokój 3-os.- Krzesło – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | **Stelaż:** wykonany ze stalowej rury płasko‑owalnej (30 × 15 mm, 1,2–1,5 mm grubości), spawany dwustronnie, co zapewnia wyjątkową trwałość i stabilność | Tak, podać |  |
|  | **Powłoka:** malowanie proszkowe (kolor czarny, aluminium lub chrom), zabezpieczone antykorozyjnie | Tak, podać |  |
|  | Siedzisko i oparcie: na szkielecie ze sklejki bukowej (ok. 4,6 mm), pokryte pianką poliuretanową (~35 mm), zapewniającą wysoki komfort | Tak, podać |  |
|  | Tapicerka: szeroki wybór typu Skaj (ekoskóra), trudnopalne i o wysokiej trwałości (do 200 000 cykli Martindale), dostosowane do wymogów przestrzeni publicznych | Tak, podać |  |
|  | Stopki: plastikowe nakładki chroniące podłogę przed uszkodzeniem | Tak, podać |  |
|  | Wymiary i parametry użytkowe   * Wysokość całkowita: ok. 820–830 mm * Szerokość: ok. 530–540 mm * Głębokość: ok. 540–590 mm * Wysokość siedziska: 450–470 mm * Waga: 5–5,5 kg * Maks. obciążenie: 100–160 kg, zgodnie z normami bezpieczeństwa | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.33 Pokój 3-os. - Stolik kawowy – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Blat o grubości min. 36 mm zakończony okleiną min. 1 mm chyba że wymaga tego konstrukcja to zakończony okleiną min. 2 mm | Tak, podać |  |
|  | Blat o wymiarach min. 1000 mm x 1000 mm | Tak, podać |  |
|  | Wszystkie nieosłonięte krawędzie mebla zabezpieczone okleiną PCV 1 mm lub jeśli wymaga tego konstrukcja 2 mm, klejone przy użyciu technologii zawierającej mniej niz 0,1% monomerów izocyjanianowych. | Tak, podać |  |
|  | W przypadku zastosowania płyt melaminowanych o strukturze drewna, słoje powinny być ułożone wzdłuż dłuższej krawędzi. | Tak, podać |  |
|  | Kolor płyty oraz blatów dostosowany do wymagań Zamawiającego (do ustalenia po wyborze oferty). | Tak, podać |  |
|  | Konstrukcja nóg stołu wykonana z profila stalowego zamkniętego o gr. ścianki min. 3mm malowanego proszkowo, kolor do ustalenia z Zamawiającym (kolornik RAL) | Tak, podać |  |
|  | Przekrój profila konstrukcyjnego dla nóg to min. 60x40 mm | Tak, podać |  |
|  | Nogi mebla zakończone w sposób zapewniający ograniczenie możliwości rysowania podłogi | Tak, podać |  |
|  | Powierzchnia blatu mocowana z konstrukcją metalową przy pomocy min. 12 elementów łączeniowych | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.34 Łazienka - Krzesło prysznicowe składane – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Siedzisko z trwałego PCV o podwyższonej odporności na wilgoć i łatwe w czyszczeniu, wymiar 40×32 cm | Tak, podać |  |
|  | Rama wykonana z aluminium i wzmacnianych wsporników montowanych do ściany | Tak, podać |  |
|  | Składana konstrukcja pozwala zminimalizować zajmowaną przestrzeń po zakończeniu użytkowania | Tak, podać |  |
|  | Nóżki regulowane w zakresie wysokości 42–52 cm, co umożliwia dopasowanie do wzrostu użytkownika | Tak, podać |  |
|  | Gumowe nasadki na nóżkach zabezpieczają taboret przed ślizganiem oraz łazienkę przed uszkodzeniami | Tak, podać |  |
|  | **Dane techniczne**  Wymiary siedziska:**32 x 40 cm** Regulacja wysokości:**42 - 52 cm** Waga:**2,15 kg** Maksymalne obciążenie:**136 kg** +/- 0,5 - 1 cm | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.35 Pokój 3-os.- Łóżko rehabilitacyjne – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Łóżko fabrycznie nowe, Konstrukcja wykonana z kształtowników stalowych pokrytych lakierem poliestrowo - epoksydowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV, | Tak, podać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne łóżka:   * Długość całkowita: 2210 mm, (+/- 30 mm)   Szerokość całkowita: 1000 mm, (+/- 30 mm) | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka o wymiarach 2000 x 900 mm | Tak, podać |  |
|  | Obudowa łóżka oraz barierki boczne wykonane z drewna w kolorze bukowym. | Tak, podać |  |
|  | Obudowa drewniana oraz drewniane barierki boczne estetycznie wykończone o ergonomicznych kształtach. | Tak, podać |  |
|  | Barierki boczne łóżka zabezpieczające pacjenta na całej długości leża, zintegrowane z drewnianą obudową z zaokrąglonymi krawędziami,  Wysokość barierki min. 38 cm od powierzchni leża | Tak, podać |  |
|  | Mechanizm zwalniający barierkę z funkcją świadomego użycia (zabezpieczający przed niepożądanym opuszczeniem barierki)  Łóżko wyposażone w system szybkiego odejmowania i zakładania barierek na słupki bez użycia narzędzi na tzw. „CLICK” | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka 4 segmentowe w tym 3 segmenty uchylne | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka wypełnione drewnianymi lamelami. | Tak, podać |  |
|  | Rama leża wyposażona w tuleje do mocowania wieszaka kroplówki oraz wysięgnika z uchwytem do ręki z możliwością montowania wyposażenia dowolnie po lewej lub prawej stronie łóżka | Tak, podać |  |
|  | Kolor powierzchni lakierowanych łóżka zbliżony do koloru obudowy oraz barierek | Tak, podać |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości leża w zakresie od:  40 - 80 cm, | Tak, podać |  |
|  | Pozostałe elektryczne regulacje :   * kąt segmentu oparcia pleców: 0 - 70°, (+/-3°) * kąt segmentu uda: 0 - 40°, (+/-3°)   pozycja anty-Trendelenburga: 15, (+/-3°) | Tak, podać |  |
|  | Pilot przewodowy dedykowany dla pacjenta i personelu z możliwością blokady poszczególnych pozycji | Tak, podać |  |
|  | Łóżko z możliwością wielokrotnego składania w celu transportu i magazynowania | Tak, podać |  |
|  | Elektryczne zasilanie: 230 V  Łóżko wyposażone w system siłowników elektrycznych marki LINAK | Tak, podać |  |
|  | Podstawa łóżka jezdna wyposażona w antystatyczne koła o średnicy 100 mm z indywidualną blokadą jazdy i obrotu | Tak, podać |  |
|  | Koła dopasowane kolorystycznie do ramy łóżka | Tak, podać |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie robocze łóżka min. 185 kg | Tak, podać |  |
|  | Elementy wyposażenia łóżka:  - Wysięgnik z uchwytem do ręki  - Siłowniki w szczytach łóżka zasłonięte obudową drewnianą w kolorze łóżka | Tak, podać |  |
|  | Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE. Wyrób medyczny (załączyć dokumenty dopuszczające) | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać:. |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.35 Pokój 3-os.- Szafka nocna z blatem bocznym – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Konstrukcja szafki składająca się z dwóch szuflad z przestrzenią wolną pomiędzy nimi, oraz blatu głównego. | Tak, podać |  |
|  | Korpus szafki wykonany z płyty KF ( płyta wiórowa, wyposażona w plastikową osłonę) o grubości 28 mm, obrotowy umieszczony na mobilnej podstawie, pozwalający na umieszczeniu blatu bocznego szafki z lewej, bądź prawej strony łóżka. Funkcje zmiany stron umieszczenia blatu bocznego realizowane dwoma przyciskami w miejscu łatwego dostępu. | Tak, podać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne:  - wysokość  -  760 mm  - głębokość  -  420 mm (± 30mm),  - szerokość przy rozłożonym blacie - 1110 mm (± 20mm), - szerokość z blatem bocznym – 630 mm (+/- 20mm)  - regulacja wysokości półki bocznej w zakresie: od 800 do 1100 mm; | Tak, podać |  |
|  | Boki blatu głównego zaokrąglone. | Tak, podać |  |
|  | Górna powierzchnia blatu bocznego wykonana z płyty KF o grubości 8 mm, natomiast dolna wysuwana powierzchnia blatu bocznego wykonana z płyty HPL o grubości 6 mm | Tak, podać |  |
|  | Fronty dwóch szuflad wykonane z płyty KF o grubości min.19 mm w kolorze drewnopodobnym zaopatrzone w chromowane uchwyty | Tak, podać |  |
|  | Szuflady górna i dolna wysuwane na prowadnicach. | Tak, podać |  |
|  | Pomiędzy szufladami znajduje się półka na prasę o wysokości min. 110 mm, dostęp od frontu szafki. | Tak, podać |  |
|  | Półka boczna z możliwością regulacji wysokości. Płynna, bezstopniowa regulacja wysokości półki bocznej wspomagana sprężyną gazową, osłoniętą aluminiową osłoną. Regulację wysokości dokonujemy za pomocą tworzywowych dźwigni znajdujących się poniżej blatu przy prowadnicach sprężyny gazowej; | Tak, podać |  |
|  | Blat boczny znajduje się nad korpusem szafki, jest zabezpieczony od frontu tworzywową listwą, natomiast boki blatu otaczają aluminiowe listwy spełniające również rolę prowadnic dla dolnej powierzchni blatu bocznego; | Tak, podać |  |
|  | 4 podwójne koła jezdne o średnicy 65 mm. z elastycznym, niebrudzącym podłóg bieżnikiem, min. 2 z blokadą. | Tak, podać |  |
|  | Przystosowana do dezynfekcji środkami dopuszczonymi do używanych przy pacjencie. | Tak, podać |  |
|  | Możliwość wyboru kolorów frontów szuflad oraz blatu z min. 10 kolorów. | Tak, podać |  |
|  | ·      Deklaracja zgodności Certyfikat ISO 9001:2015 lub równoważny potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiami,  Certyfikat ISO 13485:2016   potwierdzający, że producent wdrożył i utrzymuje system zarządzania jakością dla wyrobów medycznych. | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.35 Pokój 3-os.- Krzesło – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | **Stelaż:** wykonany ze stalowej rury płasko‑owalnej (30 × 15 mm, 1,2–1,5 mm grubości), spawany dwustronnie, co zapewnia wyjątkową trwałość i stabilność | Tak, podać |  |
|  | **Powłoka:** malowanie proszkowe (kolor czarny, aluminium lub chrom), zabezpieczone antykorozyjnie | Tak, podać |  |
|  | Siedzisko i oparcie: na szkielecie ze sklejki bukowej (ok. 4,6 mm), pokryte pianką poliuretanową (~35 mm), zapewniającą wysoki komfort | Tak, podać |  |
|  | Tapicerka: szeroki wybór typu Skaj (ekoskóra), trudnopalne i o wysokiej trwałości (do 200 000 cykli Martindale), dostosowane do wymogów przestrzeni publicznych | Tak, podać |  |
|  | Stopki: plastikowe nakładki chroniące podłogę przed uszkodzeniem | Tak, podać |  |
|  | Wymiary i parametry użytkowe   * Wysokość całkowita: ok. 820–830 mm * Szerokość: ok. 530–540 mm * Głębokość: ok. 540–590 mm * Wysokość siedziska: 450–470 mm * Waga: 5–5,5 kg * Maks. obciążenie: 100–160 kg, zgodnie z normami bezpieczeństwa | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.35 Pokój 3-os. - Stolik kawowy – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Blat o grubości min. 36 mm zakończony okleiną min. 1 mm chyba że wymaga tego konstrukcja to zakończony okleiną min. 2 mm | Tak, podać |  |
|  | Blat o wymiarach min. 1000 mm x 1000 mm | Tak, podać |  |
|  | Wszystkie nieosłonięte krawędzie mebla zabezpieczone okleiną PCV 1 mm lub jeśli wymaga tego konstrukcja 2 mm, klejone przy użyciu technologii zawierającej mniej niz 0,1% monomerów izocyjanianowych. | Tak, podać |  |
|  | W przypadku zastosowania płyt melaminowanych o strukturze drewna, słoje powinny być ułożone wzdłuż dłuższej krawędzi. | Tak, podać |  |
|  | Kolor płyty oraz blatów dostosowany do wymagań Zamawiającego (do ustalenia po wyborze oferty). | Tak, podać |  |
|  | Konstrukcja nóg stołu wykonana z profila stalowego zamkniętego o gr. ścianki min. 3mm malowanego proszkowo, kolor do ustalenia z Zamawiającym (kolornik RAL) | Tak, podać |  |
|  | Przekrój profila konstrukcyjnego dla nóg to min. 60x40 mm | Tak, podać |  |
|  | Nogi mebla zakończone w sposób zapewniający ograniczenie możliwości rysowania podłogi | Tak, podać |  |
|  | Powierzchnia blatu mocowana z konstrukcją metalową przy pomocy min. 12 elementów łączeniowych | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.36 Łazienka - Krzesło prysznicowe składane – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Siedzisko z trwałego PCV o podwyższonej odporności na wilgoć i łatwe w czyszczeniu, wymiar 40×32 cm | Tak, podać |  |
|  | Rama wykonana z aluminium i wzmacnianych wsporników montowanych do ściany | Tak, podać |  |
|  | Składana konstrukcja pozwala zminimalizować zajmowaną przestrzeń po zakończeniu użytkowania | Tak, podać |  |
|  | Nóżki regulowane w zakresie wysokości 42–52 cm, co umożliwia dopasowanie do wzrostu użytkownika | Tak, podać |  |
|  | Gumowe nasadki na nóżkach zabezpieczają taboret przed ślizganiem oraz łazienkę przed uszkodzeniami | Tak, podać |  |
|  | **Dane techniczne**  Wymiary siedziska:**32 x 40 cm** Regulacja wysokości:**42 - 52 cm** Waga:**2,15 kg** Maksymalne obciążenie:**136 kg** +/- 0,5 - 1 cm | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.37 Pokój 3-os.- Łóżko rehabilitacyjne – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Łóżko fabrycznie nowe, Konstrukcja wykonana z kształtowników stalowych pokrytych lakierem poliestrowo - epoksydowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV, | Tak, podać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne łóżka:   * Długość całkowita: 2210 mm, (+/- 30 mm)   Szerokość całkowita: 1000 mm, (+/- 30 mm) | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka o wymiarach 2000 x 900 mm | Tak, podać |  |
|  | Obudowa łóżka oraz barierki boczne wykonane z drewna w kolorze bukowym. | Tak, podać |  |
|  | Obudowa drewniana oraz drewniane barierki boczne estetycznie wykończone o ergonomicznych kształtach. | Tak, podać |  |
|  | Barierki boczne łóżka zabezpieczające pacjenta na całej długości leża, zintegrowane z drewnianą obudową z zaokrąglonymi krawędziami,  Wysokość barierki min. 38 cm od powierzchni leża | Tak, podać |  |
|  | Mechanizm zwalniający barierkę z funkcją świadomego użycia (zabezpieczający przed niepożądanym opuszczeniem barierki)  Łóżko wyposażone w system szybkiego odejmowania i zakładania barierek na słupki bez użycia narzędzi na tzw. „CLICK” | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka 4 segmentowe w tym 3 segmenty uchylne | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka wypełnione drewnianymi lamelami. | Tak, podać |  |
|  | Rama leża wyposażona w tuleje do mocowania wieszaka kroplówki oraz wysięgnika z uchwytem do ręki z możliwością montowania wyposażenia dowolnie po lewej lub prawej stronie łóżka | Tak, podać |  |
|  | Kolor powierzchni lakierowanych łóżka zbliżony do koloru obudowy oraz barierek | Tak, podać |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości leża w zakresie od:  40 - 80 cm, | Tak, podać |  |
|  | Pozostałe elektryczne regulacje :   * kąt segmentu oparcia pleców: 0 - 70°, (+/-3°) * kąt segmentu uda: 0 - 40°, (+/-3°)   pozycja anty-Trendelenburga: 15, (+/-3°) | Tak, podać |  |
|  | Pilot przewodowy dedykowany dla pacjenta i personelu z możliwością blokady poszczególnych pozycji | Tak, podać |  |
|  | Łóżko z możliwością wielokrotnego składania w celu transportu i magazynowania | Tak, podać |  |
|  | Elektryczne zasilanie: 230 V  Łóżko wyposażone w system siłowników elektrycznych marki LINAK | Tak, podać |  |
|  | Podstawa łóżka jezdna wyposażona w antystatyczne koła o średnicy 100 mm z indywidualną blokadą jazdy i obrotu | Tak, podać |  |
|  | Koła dopasowane kolorystycznie do ramy łóżka | Tak, podać |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie robocze łóżka min. 185 kg | Tak, podać |  |
|  | Elementy wyposażenia łóżka:  - Wysięgnik z uchwytem do ręki  - Siłowniki w szczytach łóżka zasłonięte obudową drewnianą w kolorze łóżka | Tak, podać |  |
|  | Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE. Wyrób medyczny (załączyć dokumenty dopuszczające) | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.37 Pokój 3-os.- Szafka nocna z blatem bocznym – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Konstrukcja szafki składająca się z dwóch szuflad z przestrzenią wolną pomiędzy nimi, oraz blatu głównego. | Tak, podać |  |
|  | Korpus szafki wykonany z płyty KF ( płyta wiórowa, wyposażona w plastikową osłonę) o grubości 28 mm, obrotowy umieszczony na mobilnej podstawie, pozwalający na umieszczeniu blatu bocznego szafki z lewej, bądź prawej strony łóżka. Funkcje zmiany stron umieszczenia blatu bocznego realizowane dwoma przyciskami w miejscu łatwego dostępu. | Tak, podać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne:  - wysokość  -  760 mm  - głębokość  -  420 mm (± 30mm),  - szerokość przy rozłożonym blacie - 1110 mm (± 20mm), - szerokość z blatem bocznym – 630 mm (+/- 20mm)  - regulacja wysokości półki bocznej w zakresie: od 800 do 1100 mm; | Tak, podać |  |
|  | Boki blatu głównego zaokrąglone. | Tak, podać |  |
|  | Górna powierzchnia blatu bocznego wykonana z płyty KF o grubości 8 mm, natomiast dolna wysuwana powierzchnia blatu bocznego wykonana z płyty HPL o grubości 6 mm | Tak, podać |  |
|  | Fronty dwóch szuflad wykonane z płyty KF o grubości min.19 mm w kolorze drewnopodobnym zaopatrzone w chromowane uchwyty | Tak, podać |  |
|  | Szuflady górna i dolna wysuwane na prowadnicach. | Tak, podać |  |
|  | Pomiędzy szufladami znajduje się półka na prasę o wysokości min. 110 mm, dostęp od frontu szafki. | Tak, podać |  |
|  | Półka boczna z możliwością regulacji wysokości. Płynna, bezstopniowa regulacja wysokości półki bocznej wspomagana sprężyną gazową, osłoniętą aluminiową osłoną. Regulację wysokości dokonujemy za pomocą tworzywowych dźwigni znajdujących się poniżej blatu przy prowadnicach sprężyny gazowej; | Tak, podać |  |
|  | Blat boczny znajduje się nad korpusem szafki, jest zabezpieczony od frontu tworzywową listwą, natomiast boki blatu otaczają aluminiowe listwy spełniające również rolę prowadnic dla dolnej powierzchni blatu bocznego; | Tak, podać |  |
|  | 4 podwójne koła jezdne o średnicy 65 mm. z elastycznym, niebrudzącym podłóg bieżnikiem, min. 2 z blokadą. | Tak, podać |  |
|  | Przystosowana do dezynfekcji środkami dopuszczonymi do używanych przy pacjencie. | Tak, podać |  |
|  | Możliwość wyboru kolorów frontów szuflad oraz blatu z min. 10 kolorów. | Tak, podać |  |
|  | ·      Deklaracja zgodności Certyfikat ISO 9001:2015 lub równoważny potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiami,  Certyfikat ISO 13485:2016   potwierdzający, że producent wdrożył i utrzymuje system zarządzania jakością dla wyrobów medycznych. | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać:. |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.37 Pokój 3-os.- Krzesło – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | **Stelaż:** wykonany ze stalowej rury płasko‑owalnej (30 × 15 mm, 1,2–1,5 mm grubości), spawany dwustronnie, co zapewnia wyjątkową trwałość i stabilność | Tak, podać |  |
|  | **Powłoka:** malowanie proszkowe (kolor czarny, aluminium lub chrom), zabezpieczone antykorozyjnie | Tak, podać |  |
|  | Siedzisko i oparcie: na szkielecie ze sklejki bukowej (ok. 4,6 mm), pokryte pianką poliuretanową (~35 mm), zapewniającą wysoki komfort | Tak, podać |  |
|  | Tapicerka: szeroki wybór typu Skaj (ekoskóra), trudnopalne i o wysokiej trwałości (do 200 000 cykli Martindale), dostosowane do wymogów przestrzeni publicznych | Tak, podać |  |
|  | Stopki: plastikowe nakładki chroniące podłogę przed uszkodzeniem | Tak, podać |  |
|  | Wymiary i parametry użytkowe   * Wysokość całkowita: ok. 820–830 mm * Szerokość: ok. 530–540 mm * Głębokość: ok. 540–590 mm * Wysokość siedziska: 450–470 mm * Waga: 5–5,5 kg * Maks. obciążenie: 100–160 kg, zgodnie z normami bezpieczeństwa | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.37 Pokój 3-os. - Stolik kawowy – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Blat o grubości min. 36 mm zakończony okleiną min. 1 mm chyba że wymaga tego konstrukcja to zakończony okleiną min. 2 mm | Tak, podać |  |
|  | Blat o wymiarach min. 1000 mm x 1000 mm | Tak, podać |  |
|  | Wszystkie nieosłonięte krawędzie mebla zabezpieczone okleiną PCV 1 mm lub jeśli wymaga tego konstrukcja 2 mm, klejone przy użyciu technologii zawierającej mniej niz 0,1% monomerów izocyjanianowych. | Tak, podać |  |
|  | W przypadku zastosowania płyt melaminowanych o strukturze drewna, słoje powinny być ułożone wzdłuż dłuższej krawędzi. | Tak, podać |  |
|  | Kolor płyty oraz blatów dostosowany do wymagań Zamawiającego (do ustalenia po wyborze oferty). | Tak, podać |  |
|  | Konstrukcja nóg stołu wykonana z profila stalowego zamkniętego o gr. ścianki min. 3mm malowanego proszkowo, kolor do ustalenia z Zamawiającym (kolornik RAL) | Tak, podać |  |
|  | Przekrój profila konstrukcyjnego dla nóg to min. 60x40 mm | Tak, podać |  |
|  | Nogi mebla zakończone w sposób zapewniający ograniczenie możliwości rysowania podłogi | Tak, podać |  |
|  | Powierzchnia blatu mocowana z konstrukcją metalową przy pomocy min. 12 elementów łączeniowych | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.38 Łazienka - Krzesło prysznicowe składane – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Siedzisko z trwałego PCV o podwyższonej odporności na wilgoć i łatwe w czyszczeniu, wymiar 40×32 cm | Tak, podać |  |
|  | Rama wykonana z aluminium i wzmacnianych wsporników montowanych do ściany | Tak, podać |  |
|  | Składana konstrukcja pozwala zminimalizować zajmowaną przestrzeń po zakończeniu użytkowania | Tak, podać |  |
|  | Nóżki regulowane w zakresie wysokości 42–52 cm, co umożliwia dopasowanie do wzrostu użytkownika | Tak, podać |  |
|  | Gumowe nasadki na nóżkach zabezpieczają taboret przed ślizganiem oraz łazienkę przed uszkodzeniami | Tak, podać |  |
|  | **Dane techniczne**  Wymiary siedziska:**32 x 40 cm** Regulacja wysokości:**42 - 52 cm** Waga:**2,15 kg** Maksymalne obciążenie:**136 kg** +/- 0,5 - 1 cm | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.39 Pokój 3-os.- Łóżko rehabilitacyjne – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Łóżko fabrycznie nowe, Konstrukcja wykonana z kształtowników stalowych pokrytych lakierem poliestrowo - epoksydowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV, | Tak, podać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne łóżka:   * Długość całkowita: 2210 mm, (+/- 30 mm)   Szerokość całkowita: 1000 mm, (+/- 30 mm) | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka o wymiarach 2000 x 900 mm | Tak, podać |  |
|  | Obudowa łóżka oraz barierki boczne wykonane z drewna w kolorze bukowym. | Tak, podać |  |
|  | Obudowa drewniana oraz drewniane barierki boczne estetycznie wykończone o ergonomicznych kształtach. | Tak, podać |  |
|  | Barierki boczne łóżka zabezpieczające pacjenta na całej długości leża, zintegrowane z drewnianą obudową z zaokrąglonymi krawędziami,  Wysokość barierki min. 38 cm od powierzchni leża | Tak, podać |  |
|  | Mechanizm zwalniający barierkę z funkcją świadomego użycia (zabezpieczający przed niepożądanym opuszczeniem barierki)  Łóżko wyposażone w system szybkiego odejmowania i zakładania barierek na słupki bez użycia narzędzi na tzw. „CLICK” | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka 4 segmentowe w tym 3 segmenty uchylne | Tak, podać |  |
|  | Leże łóżka wypełnione drewnianymi lamelami. | Tak, podać |  |
|  | Rama leża wyposażona w tuleje do mocowania wieszaka kroplówki oraz wysięgnika z uchwytem do ręki z możliwością montowania wyposażenia dowolnie po lewej lub prawej stronie łóżka | Tak, podać |  |
|  | Kolor powierzchni lakierowanych łóżka zbliżony do koloru obudowy oraz barierek | Tak, podać |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości leża w zakresie od:  40 - 80 cm, | Tak, podać |  |
|  | Pozostałe elektryczne regulacje :   * kąt segmentu oparcia pleców: 0 - 70°, (+/-3°) * kąt segmentu uda: 0 - 40°, (+/-3°)   pozycja anty-Trendelenburga: 15, (+/-3°) | Tak, podać |  |
|  | Pilot przewodowy dedykowany dla pacjenta i personelu z możliwością blokady poszczególnych pozycji | Tak, podać |  |
|  | Łóżko z możliwością wielokrotnego składania w celu transportu i magazynowania | Tak, podać |  |
|  | Elektryczne zasilanie: 230 V  Łóżko wyposażone w system siłowników elektrycznych marki LINAK | Tak, podać |  |
|  | Podstawa łóżka jezdna wyposażona w antystatyczne koła o średnicy 100 mm z indywidualną blokadą jazdy i obrotu | Tak, podać |  |
|  | Koła dopasowane kolorystycznie do ramy łóżka | Tak, podać |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie robocze łóżka min. 185 kg | Tak, podać |  |
|  | Elementy wyposażenia łóżka:  - Wysięgnik z uchwytem do ręki  - Siłowniki w szczytach łóżka zasłonięte obudową drewnianą w kolorze łóżka | Tak, podać |  |
|  | Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE. Wyrób medyczny (załączyć dokumenty dopuszczające) | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.39 Pokój 3-os.- Szafka nocna z blatem bocznym – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Konstrukcja szafki składająca się z dwóch szuflad z przestrzenią wolną pomiędzy nimi, oraz blatu głównego. | Tak, podać |  |
|  | Korpus szafki wykonany z płyty KF ( płyta wiórowa, wyposażona w plastikową osłonę) o grubości 28 mm, obrotowy umieszczony na mobilnej podstawie, pozwalający na umieszczeniu blatu bocznego szafki z lewej, bądź prawej strony łóżka. Funkcje zmiany stron umieszczenia blatu bocznego realizowane dwoma przyciskami w miejscu łatwego dostępu. | Tak, podać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne:  - wysokość  -  760 mm  - głębokość  -  420 mm (± 30mm),  - szerokość przy rozłożonym blacie - 1110 mm (± 20mm), - szerokość z blatem bocznym – 630 mm (+/- 20mm)  - regulacja wysokości półki bocznej w zakresie: od 800 do 1100 mm; | Tak, podać |  |
|  | Boki blatu głównego zaokrąglone. | Tak, podać |  |
|  | Górna powierzchnia blatu bocznego wykonana z płyty KF o grubości 8 mm, natomiast dolna wysuwana powierzchnia blatu bocznego wykonana z płyty HPL o grubości 6 mm | Tak, podać |  |
|  | Fronty dwóch szuflad wykonane z płyty KF o grubości min.19 mm w kolorze drewnopodobnym zaopatrzone w chromowane uchwyty | Tak, podać |  |
|  | Szuflady górna i dolna wysuwane na prowadnicach. | Tak, podać |  |
|  | Pomiędzy szufladami znajduje się półka na prasę o wysokości min. 110 mm, dostęp od frontu szafki. | Tak, podać |  |
|  | Półka boczna z możliwością regulacji wysokości. Płynna, bezstopniowa regulacja wysokości półki bocznej wspomagana sprężyną gazową, osłoniętą aluminiową osłoną. Regulację wysokości dokonujemy za pomocą tworzywowych dźwigni znajdujących się poniżej blatu przy prowadnicach sprężyny gazowej; | Tak, podać |  |
|  | Blat boczny znajduje się nad korpusem szafki, jest zabezpieczony od frontu tworzywową listwą, natomiast boki blatu otaczają aluminiowe listwy spełniające również rolę prowadnic dla dolnej powierzchni blatu bocznego; | Tak, podać |  |
|  | 4 podwójne koła jezdne o średnicy 65 mm. z elastycznym, niebrudzącym podłóg bieżnikiem, min. 2 z blokadą. | Tak, podać |  |
|  | Przystosowana do dezynfekcji środkami dopuszczonymi do używanych przy pacjencie. | Tak, podać |  |
|  | Możliwość wyboru kolorów frontów szuflad oraz blatu z min. 10 kolorów. | Tak, podać |  |
|  | ·      Deklaracja zgodności Certyfikat ISO 9001:2015 lub równoważny potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiami,  Certyfikat ISO 13485:2016   potwierdzający, że producent wdrożył i utrzymuje system zarządzania jakością dla wyrobów medycznych. | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.39 Pokój 3-os.- Krzesło – 3 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | **Stelaż:** wykonany ze stalowej rury płasko‑owalnej (30 × 15 mm, 1,2–1,5 mm grubości), spawany dwustronnie, co zapewnia wyjątkową trwałość i stabilność | Tak, podać |  |
|  | **Powłoka:** malowanie proszkowe (kolor czarny, aluminium lub chrom), zabezpieczone antykorozyjnie | Tak, podać |  |
|  | Siedzisko i oparcie: na szkielecie ze sklejki bukowej (ok. 4,6 mm), pokryte pianką poliuretanową (~35 mm), zapewniającą wysoki komfort | Tak, podać |  |
|  | Tapicerka: szeroki wybór typu Skaj (ekoskóra), trudnopalne i o wysokiej trwałości (do 200 000 cykli Martindale), dostosowane do wymogów przestrzeni publicznych | Tak, podać |  |
|  | Stopki: plastikowe nakładki chroniące podłogę przed uszkodzeniem | Tak, podać |  |
|  | Wymiary i parametry użytkowe   * Wysokość całkowita: ok. 820–830 mm * Szerokość: ok. 530–540 mm * Głębokość: ok. 540–590 mm * Wysokość siedziska: 450–470 mm * Waga: 5–5,5 kg * Maks. obciążenie: 100–160 kg, zgodnie z normami bezpieczeństwa | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.39 Pokój 3-os. - Stolik kawowy – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Blat o grubości min. 36 mm zakończony okleiną min. 1 mm chyba że wymaga tego konstrukcja to zakończony okleiną min. 2 mm | Tak, podać |  |
|  | Blat o wymiarach min. 1000 mm x 1000 mm | Tak, podać |  |
|  | Wszystkie nieosłonięte krawędzie mebla zabezpieczone okleiną PCV 1 mm lub jeśli wymaga tego konstrukcja 2 mm, klejone przy użyciu technologii zawierającej mniej niz 0,1% monomerów izocyjanianowych. | Tak, podać |  |
|  | W przypadku zastosowania płyt melaminowanych o strukturze drewna, słoje powinny być ułożone wzdłuż dłuższej krawędzi. | Tak, podać |  |
|  | Kolor płyty oraz blatów dostosowany do wymagań Zamawiającego (do ustalenia po wyborze oferty). | Tak, podać |  |
|  | Konstrukcja nóg stołu wykonana z profila stalowego zamkniętego o gr. ścianki min. 3mm malowanego proszkowo, kolor do ustalenia z Zamawiającym (kolornik RAL) | Tak, podać |  |
|  | Przekrój profila konstrukcyjnego dla nóg to min. 60x40 mm | Tak, podać |  |
|  | Nogi mebla zakończone w sposób zapewniający ograniczenie możliwości rysowania podłogi | Tak, podać |  |
|  | Powierzchnia blatu mocowana z konstrukcją metalową przy pomocy min. 12 elementów łączeniowych | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** |
| **1.40 Łazienka - Krzesło prysznicowe składane – 1 szt.** | | | |
| **Typ/model oferowanego sprzętu: …………………….**  **Producent: ……………………………………………………….**  **Kraj produkcji: ………………………………………………….**  **Rok produkcji: ………………………………………………….** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | |
|  | Urządzenie nie starsze niż 2024 rok, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe | Tak, podać |  |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | |
|  | Siedzisko z trwałego PCV o podwyższonej odporności na wilgoć i łatwe w czyszczeniu, wymiar 40×32 cm | Tak, podać |  |
|  | Rama wykonana z aluminium i wzmacnianych wsporników montowanych do ściany | Tak, podać |  |
|  | Składana konstrukcja pozwala zminimalizować zajmowaną przestrzeń po zakończeniu użytkowania | Tak, podać |  |
|  | Nóżki regulowane w zakresie wysokości 42–52 cm, co umożliwia dopasowanie do wzrostu użytkownika | Tak, podać |  |
|  | Gumowe nasadki na nóżkach zabezpieczają taboret przed ślizganiem oraz łazienkę przed uszkodzeniami | Tak, podać |  |
|  | **Dane techniczne**  Wymiary siedziska:**32 x 40 cm** Regulacja wysokości:**42 - 52 cm** Waga:**2,15 kg** Maksymalne obciążenie:**136 kg** +/- 0,5 - 1 cm | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji: od 3 lat do 5 lat | Podać: |  |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 8 lat od daty zainstalowania i przekazania przedmiotu zamówienia. Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych | Tak, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne dotyczące napraw, remontów i przeglądów po okresie gwarancji przez co najmniej | Nie/TAK gwarantujemy wsparcia technicznego po okresie gwarancji |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | Tak, podać |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wykonanie przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta. Jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu lub wpis w paszporcie technicznym poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | Tak, podać |  |

**\* Uzupełnia Wykonawca**

UWAGA: Wykonawca dokonuje szczegółowego opisu wymaganego parametru, a w przypadku parametru określonego przez Zamawiającego przez podanie wartości "maksymalnie", "minimalnie", wykonawca podaje dokładne wartości oferowanych parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.

Parametry określone jako "TAK" są parametrami granicznymi stanowią wymagania odcinające, oferta nie spełniająca wymogów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania. Brak opisu lub potwierdzenia wymaganego warunku będzie traktowany, jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia.

Zaoferowane powyżej parametry wymagane powinny być nie sprzeczne z dołączonym do oferty materiałem informacyjnym. Wykonawca gwarantuje niniejszym, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest zgodne z wymogami SWZ, sprzęt jest fabrycznie nowy, nieużywany, kompletny, i po zainstalowaniu i uruchomieniu będzie gotowy do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych, z wyłączeniem materiałów eksploatacyjnych.

Miejscowość ................................ data .................

.......................................................

podpis Wykonawcy

lub osoby upoważnionej