*Załącznik nr 1a do Zapytanie Ofertowego nr 10 z dnia 15.11.2024 r.*

**Instrukcja wypełniania załącznika**

1. Wykonawca sporządzając ofertę wypełnia jedynie kolumnę „**Parametr oferowany”**
2. Jeśli w kolumnie „**Parametr oferowany”** występuje zapis „**TAK/NIE**” to oznacza, iż Zamawiający bezwzględnie wymaga parametru podanego w kolumnie. Wykonawca w celu potwierdzenia spełnienia parametru zobowiązany jest do wpisania słowa „**TAK**”.
3. W przypadku, gdy w kolumnie „**Parametr oferowany”** występuje zapis: „**Podać**”, Wykonawca zobowiązany jest do podania i opisania parametrów dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia.

Wykonawca zobowiązany jest do zadeklarowania konkretnych wartości liczbowych, w jednostkach wskazanych przez Zamawiającego, umożliwiających dokonanie oceny punktowej porównywalnych ofert. Zamawiający zastrzega sobie prawo sprawdzenia podanych przez Wykonawcę parametrów w dostępnych materiałach technicznych lub bezpośrednio u producenta, w przypadku zaistnienia rozbieżności pomiędzy opisem (parametrami) podanymi przez Wykonawcę.

**Uwaga! Niespełnienie któregokolwiek z parametrów wymaganych spowoduje odrzucenie oferty.**

**Fotel zabiegowy do chemioterapii**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa parametru** | **Parametr oferowany** | **Rodzaj parametru/**  **Punktacja** |
| 1 | Produkt nowy, fotele nie powystawowe, nie rekondycjonowane | Tak/Nie[[1]](#footnote-1) | Parametr obligatoryjny |
| 2 | Rok produkcji nie wcześniej niż 2024 | Tak/Nie | Parametr obligatoryjny |
| 3 | Fotele zgłoszone do URWMiŚB i dopuszczone do obrotu na terenie Polski. Zgodne z normami i Dyrektywami Unijnymi | Tak/Nie | Parametr obligatoryjny |
|  | **PARAMETRY TECHNICZNE** |  |  |
| 4 | Zasilanie AC 230V; 50HZ; poniżej 1000W | Tak/Nie | Parametr obligatoryjny |
| 5 | Zasilanie AC 230V; 50HZ; poniżej 1000W | Tak/Nie | Parametr obligatoryjny |
| 6 | Konstrukcja wykonana z kształtowników i rur ze stali węglowej pokrytej lakierem proszkowym | Tak/Nie | Parametr obligatoryjny |
| 7 | Segment oparcia pleców, siedzisko, segment nożny oraz podnóżek i podłokietniki pokryte tkaniną powlekaną, tapicerka – poszycie bezszwowa odporne na działanie środków dezynfekujących i promieni UV | Tak/Nie | Parametr obligatoryjny |
| 8 | Tapicerka dopuszczona do stosowania w placówkach służby zdrowia, posiadająca atest higieniczny, odporna na dezynfekcję standardowymi środkami stosowanymi w placówkach medycznych. Tapicerka posiada atest Polskiego Zakładu Higieny, nie zawiera ftalanów, jest ognioodporna oraz wodoszczelna. Siła zrywająca [daN/5cm] wzdłuż / wszerz ≥ 30 / ≥ 15;  Odporność powłoki na ścieranie (metoda  Martindael'a) [Cykle] ≥ 30 000 | Tak/Nie | Parametr obligatoryjny |
| 9 | Tapicerka podłokietników, oparcia pleców oraz podnóżka profilowana, zapewniająca większy komfort pobytu pacjentów | Tak/Nie | Parametr obligatoryjny |
| 10 | Podstawa fotela zabudowana osłoną z tworzywowa ABS łatwą do dezynfekcji i utrzymania czystości | Tak/Nie | Parametr obligatoryjny |
| 11 | Wysokość leżyska regulowana za pomocą kolumny elektrycznej obudowanej aluminiową osłoną łatwą do utrzymania w czystości, zapobiegającej przenikaniu cieczy i cząstek stałych o współczynniku IPX6 | Tak/Nie | Parametr obligatoryjny |
| 12 | Estetyczne obudowy tworzywowe podłokietników, segmentu oparcia pleców, siedziska oraz podnóżka. Obudowy pomagają w utrzymaniu fotela w czystości oraz w łatwiejszej dezynfekcji | Tak/Nie | Parametr obligatoryjny |
| 13 | 4 podwójne koła o średnicy ø100 w obudowie antystatycznej z indywidualną blokadą przy każdym kole | Tak/Nie | Parametr obligatoryjny |
| 14 | Fotel regulowany elektrycznie za pomocą pilota przewodowego | Tak/Nie | Parametr obligatoryjny |
| 15 | Elektryczna regulacja segmentu oparcia pleców w zakresie 0-75° | Tak/nie  Podać | Parametr obligatoryjny |
| 16 | Elektryczna regulacja podparcia nóg w zakresie 0-30° | Tak/nie  Podać | Parametr obligatoryjny |
| 17 | Elektryczna regulacja segmentu siedziska w zakresie 0-18° | Tak/nie  Podać | Parametr obligatoryjny |
| 18 | Elektryczna regulacja do pozycji Trendelenburga w zakresie od 0 do -15° uzyskiwana za pomocą 1 wyraźnie oznaczonego przycisku na pilocie kolorem czerwonym | Tak/nie  Podać | Parametr obligatoryjny |
| 19 | Elektryczna regulacja do pozycji Anty- Trendelenburga w zakresie od 0 do 3° | Tak/nie  Podać | Parametr obligatoryjny |
| 20 | Elektryczna regulacja wysokości fotela w zakresie 530-970 mm oparta na kolumnie elektrycznej w obudowie aluminiowej | Tak/nie  Podać | Parametr obligatoryjny |
| 21 | Regulowany podnóżek w zakresie 160 mm za pomocą sprężyny gazowej, w zależności od wzrostu pacjenta. Regulacja odbywa się za pomocą dźwigni w segmencie siedziska w miejscu łatwego dostępu dla pacjenta oraz personelu | Tak/nie  Podać | Parametr obligatoryjny |
| 22 | Możliwość ustawienia fotela w pozycji wyjściowej/ krzesełkowej ułatwiającej pacjentowi zajęcie wygodnej pozycji na fotelu oraz zejście z fotela. Ustawienie to odbywa się za pomocą jednego wyraźnie oznaczonego przycisku na pilocie. | Tak/Nie | Parametr obligatoryjny |
| 23 | Pilot przewodowy zabezpieczony przed przypadkowym uruchomieniem kluczykiem magnetycznym | Tak/Nie | Parametr obligatoryjny |
| 24 | Przewód pilota spiralnie skręcony, nie dopuszcza się prostych kabli nie skręconych | Tak/Nie | Parametr obligatoryjny |
| 25 | Funkcja programowania ustawienia ulubionego fotela za pomocą 1 wyraźnie oznaczonego przycisku na pilocie w standardzie | Tak/Nie | Parametr obligatoryjny |
| 26 | Możliwość wyboru wersji kolorystycznej tapicerki - co najmniej 20 kolorów | Tak/nie  Podać | Parametr obligatoryjny |
| 27 | Podłokietniki o szerokości co najmniej 170 mm i długości 500 mm, podłokietniki z regulacją horyzontalną za pomocą sprężyn gazowych, regulacją kątową w zakresie -20° do 60° w poziomie oraz regulacją wysokości w zakresie +65 mm. Dźwignie do horyzontalnej regulacji podłokietników znajdują się na szczycie podłokietników w miejscu łatwego dostępu dla pacjenta oraz personelu | Tak/nie  Podać | Parametr obligatoryjny |
| 28 | Segment nożny oraz segment siedziska tapicerowany jednoczęściową bezszwową tapicerką łatwą do utrzymania czystości, odporną na uszkodzenia mechaniczne i promieniowanie UV oraz dezynfekcję. | Tak/Nie | Parametr obligatoryjny |
| 29 | Możliwość ustawienia fotela w pozycji poziomej do podłoża i wykorzystanie jako stołu zabiegowego (oprócz podnóżka) lub łózka do krótkiego pobytu | Tak/Nie | Parametr obligatoryjny |
| 30 | Podłokietniki zintegrowane z segmentem oparcia pleców, poruszają się wraz z nim nie zmieniając położenia względem poziomu | Tak/Nie | Parametr obligatoryjny |
| 31 | Możliwość podniesienia podłokietnika o kąt 90° do segmentu oparcia ułatwiając pacjentowi zajęcie dogodnej pozycji na fotelu | Tak/Nie | Parametr obligatoryjny |
| 32 | Podłokietniki łatwo demontowalne bez użycia narzędzi | Tak/Nie | Parametr obligatoryjny |
| 33 | Każdy podłokietnik wyposażony w metalowy uchwyt na pilot | Tak/Nie | Parametr obligatoryjny |
| 34 | Długość całkowita fotela 2160 mm | Tak/nie  Podać | Parametr obligatoryjny |
| 35 | Szerokość siedziska oraz oparcia pleców 605 mm | Tak/nie  Podać | Parametr obligatoryjny |
| 36 | Szerokość całkowita fotela nie więcej niż 950 mm | Tak/nie  Podać | Parametr obligatoryjny |
| 37 | Wysokość segmentu oparcia pleców 920 mm | Tak/nie  Podać | Parametr obligatoryjny |
| 38 | Głębokość segmentu siedziska 500 mm | Tak/nie  Podać | Parametr obligatoryjny |
| 39 | Długość segmentu podudzia 680 mm | Tak/nie  Podać | Parametr obligatoryjny |
| 40 | Fotel wyposażony w regulowany w pionie zagłówek, uchwyt prześcieradła jednorazowego, metalowy uchwyt do prowadzenia fotela zintegrowany z uchwytem prześcieradła, zlokalizowane w segmencie oparcia pleców | Tak/Nie | Parametr obligatoryjny |
| 41 | Dodatkowo fotel wyposażony w kosz na podręczne rzeczy pacjenta. Kosz zlokalizowany z tyłu segmentu oparcia pleców, będący jego integralną częścią, wykonany z perforowanej blachy malowanej proszkowo | Tak/Nie | Parametr obligatoryjny |
| 42 | Każdy fotel wyposażony w stojak do kroplówek z regulowaną wysokością, wysuwana część wieszaka wykonana ze stali nierdzewnej z czterema haczykami na płyny. Możliwość zamontowania z prawej lub lewej strony fotela bez użycia dodatkowych narzędzi | Tak/Nie | Parametr obligatoryjny |
| 43 | Każdy fotel wyposażony w regulowany w pionie blat boczny, wykonany z płyty HPL osłonięty tworzywową osłoną z rantem zapobiegającym zsuwanie się przedmiotów | Tak/Nie | Parametr obligatoryjny |
| 44 | Dopuszczalne obciążenie min. 180 kg | Tak/nie  Podać | Parametr obligatoryjny |
| 45 | Podpora pod stopy / podnóżek wykonana z łatwo zmywalnego materiału posiadająca przestrzeń pomiędzy segmentem nóg a podnóżkiem umożliwiająca łatwą regulację zakresu wysokości. Regulacja płynna za pomocą sprężyny gazowej. Dźwignia regulacji podnóżka w miejscu łatwego dostępu dla pacjenta przy segmencie siedziska | Tak/Nie | Parametr obligatoryjny |
|  | **GWARANCJA** |  |  |
| 46 | Okres gwarancji min. 24 miesiące od daty podpisania przez strony protokołu odbioru foteli zabiegowych | Tak/Nie | Parametr obligatoryjny |

…….……………………………… …….………………………………

*(miejscowość, data) (podpis Wykonawcy)*

………………………. ……………………….

Miejscowość i Data Podpis Wykonawcy

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)