Dom Dziennego Pobytu „Rodzina”

Caritas Diecezji Gliwickiej

ul. Wolności 586, 41-806 Zabrze

załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego nr 02/12/2024/07.04

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH DLA SPRZĘTU MEDYCZNEGO

Dotyczy**: Dostawy wyposażenia do wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego**

W ramach projektu pt.: „Kompleksowy program usług społecznych w powiecie miasta i gminy Zabrze*”* w ramach Działania: FESL.07.04 Usługi społeczne, nr wniosku FESL.07.04-IZ.01-0452/23-003.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa / Opis parametru** | **Parametr wymagany (graniczny)** | **Parametr oferowany TAK/NIE**  **(proszę wypełnić)** |
| **Koncentrator tlenu 5szt.** | | | |
| **1.** | koncentrator do użycia przy łóżku chorego | TAK |  |
| **2.** | Przenośny – na kółkach | TAK |  |
| **3.** | waga do 22 kg | TAK |  |
| **4.** | cicha praca - max. 55 db | TAK |  |
| **5.** | niski pobór mocy | TAK |  |
| **6.** | wysokie stężenie tlenu ( min.90% - max 96%) | TAK |  |
| **7.** | możliwość ustawienia przepływu tlenu w zakresie od 0,5l/min. do 5l/min | TAK |  |
| **8.** | wyświetlacz LCD | TAK |  |
| **9.** | instrukcję obsługi w języku polskim | TAK |  |
| **10.** | maska tlenowa | TAK |  |
| **11.** | funkcja nebulizatora | TAK |  |
| **12.** | długość gwarancji (wpisać okres oferowany) | min 24 miesiące |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa / Opis parametru** | **Parametr wymagany (graniczny)** | **Parametr oferowany TAK/NIE**  **(proszę wypełnić)** |
| **Łóżko rehabilitacyjne 5szt.** | | | |
| **1.** | system napędowy 24V | TAK |  |
| **2.** | możliwość wyposażenia w bezprzewodowy pilot | TAK |  |
| **3.** | łatwy i szybki montaż, uchwyt z wysięgnikiem | TAK |  |
| **4.** | obciążenie robocze 185 kg | TAK |  |
| **5.** | pedał hamulca pozwalający na łatwą obsługę | TAK |  |
| **6.** | elektrycznie regulowane wysokości | TAK |  |
| **7.** | min. wymiary materaca 90 x 200 | TAK |  |
| **8..** | długość gwarancji (wpisać okres oferowany) | min 24 miesiące |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa / Opis parametru** | **Parametr wymagany (graniczny)** | **Parametr oferowany TAK/NIE**  **(proszę wypełnić)** |
| **Materac przeciwodleżynowy 5szt.** | | | |
| **1.** | piankowy | TAK |  |
| **2.** | pokryty łatwozmywalną powierzchnią | TAK |  |
| **3.** | min. wymiary 200 x 90 x 12 | TAK |  |
| **4.** | nieprzemakalny pokrowiec | TAK |  |
| **5.** | długość gwarancji (wpisać okres oferowany) | min 24 miesiące |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa / Opis parametru** | **Parametr wymagany (graniczny)** | **Parametr oferowany TAK/NIE**  **(proszę wypełnić)** |
| **Kule ortopedyczne 10szt.** | | | |
| **1.** | kule łokciowe | TAK |  |
| **2.** | kule z amortyzatorami | TAK |  |
| **3.** | ergonomiczne uchwyty | TAK |  |
| **4.** | teleskopowe rurki aluminiowe | TAK |  |
| **5.** | maksymalne obciążenie 150kg | TAK |  |
| **6.** | regulowana wysokość uchwytu | TAK |  |
| **7.** | długość gwarancji (wpisać okres oferowany) | min 24 miesiące |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa / Opis parametru** | **Parametr wymagany (graniczny)** | **Parametr oferowany TAK/NIE**  **(proszę wypełnić)** |
| **Wózek inwalidzki 5szt.** | | | |
| **1.** | lekka konstrukcja aluminiowa | TAK |  |
| **2.** | wózek składany | TAK |  |
| **3.** | zmywalny i antybakteryjny materiał | TAK |  |
| **4.** | pasy zabezpieczające | TAK |  |
| **5.** | ergonomiczne uchwyty | TAK |  |
| **6.** | podwójny system hamowania | TAK |  |
| **7.** | maksymalne obciążenie powyżej 120 kg | TAK |  |
| **8.** | podnóżki | TAK |  |
| **9.** | waga wózka do 17 – 19 kg | TAK |  |
| **10.** | szerokość siedziska min. 46-50cm | TAK |  |
| **11.** | długość gwarancji (wpisać okres oferowany) | min 24 miesiące |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa / Opis parametru** | **Parametr wymagany (graniczny)** | **Parametr oferowany TAK/NIE**  **(proszę wypełnić)** |
| **Podnośnik ortopedyczny 5szt.** | | | |
| **1.** | udźwig do 150kg | TAK |  |
| **2.** | podnośnik na kółkach z blokadami | TAK |  |
| **3.** | łatwy podjazd pod łóżko, wannę lub inne miejsce docelowe | TAK |  |
| **4.** | ergonomiczny uchwyt | TAK |  |
| **5.** | długość gwarancji (wpisać okres oferowany) | min 24 miesiące |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa / Opis parametru** | **Parametr wymagany (graniczny)** | **Parametr oferowany TAK/NIE**  **(proszę wypełnić)** |
| **Inhalator 5szt.** | | | |
| **1.** | niski poziom hałasu, max. 60dB | TAK |  |
| **2.** | wydajność kompresora min. 14l/mn | TAK |  |
| **3.** | zasilanie sieciowe | TAK |  |
| **4.** | wyposażony w min. 1 maskę | TAK |  |
| **5.** | długość gwarancji (wpisać okres oferowany) | min 24 miesiące |  |

Zdjęcia oferowanego sprzętu:

**Podpis Oferenta ………………………………………………………**