Załącznik nr 4 SWZ

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia**

**Pakiet nr 3 - WÓZKI INWALIDZKIE**

1. **Wózki inwalidzkie standardowe- nowy, nieużywany, niedemonstracyjny**

**Rok produkcji: min. 2025   
Ilość: 10 szt.**

**Typ / Nr fabryczny:** ………………………………………………………………..…………  
 (proszę uzupełnić)

**Model / Marka:** ………………………………………………………………………….……  
 (proszę uzupełnić)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Opis przedmiotu zamówienia** | | **Parametry wymagane przez Zamawiającego** | **Parametry oferowane przez Wykonawcę** | **Numer katalogowy** |
|  | | | | | |  |
|  | | Stalowa konstrukcja wózka pokryta lakierem proszkowym odpornym na promieniowanie UV, uszkodzenia mechaniczne i środki dezynfekcyjno-myjące | | Tak |  |  |
|  | | Podnóżki odpinane odchylane do wewnątrz i na zewnątrz | | Tak |  |  |
|  | | Regulacja wysokości płyty podnóżka | | Tak |  |  |
|  | | Minimalne obciążenie wózka 150 kg | | Tak |  |  |
|  | | Waga maksymalna 20 kg | | Tak |  |  |
|  | | Koła przednie i tyle pompowane na szybkozłączce | | Tak |  |  |
|  | | Wymiary maksymalne wózka długość: 1200 mm x wysokość 1 000 mm  Szerokość po złożeniu: 300 mm | | Tak |  |  |
|  | | Rama składana | | Tak |  |  |
|  | | Podwójny system hamowania dla pacjenta i opiekuna | | Tak |  |  |
|  | | Wymiary siedziska maksymalnie długość 500 mm szerokość 500 mm | | Tak |  |  |
|  | **Informacje dodatkowe** | | | | | |
|  |  | | Instrukcja obsługi w języku polskim (z dostawą) | TAK |  |  |
|  |  | | Gwarancja minimum 24 m-ce | TAK |  |  |
|  |  | | Czas reakcji od chwili zgłoszenia awarii w okresie gwarancji wynosi 24 godzin, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy | TAK |  |  |
|  |  | | Wykonawca gwarantuje, że dostarczony sprzęt jest fabrycznie nowy, posiada wszelkie wymagane certyfikaty do zastosowań medycznych i zostanie zainstalowany bez żadnego uszczerbku | TAK |  |  |
|  |  | | Wykonawca gwarantuje, że wyżej wyspecyfikowany przedmiot oferty jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji | TAK |  |  |
|  |  | | Deklaracja zgodności i/lub certyfikat CE | TAK |  |  |

1. **Wózki inwalidzkie z podparciem głowy – nowe,** **nieużywane, niedemonstracyjne**

**Rok produkcji: min. 2025   
Ilość: 4 szt.**

**Typ / Nr fabryczny:** ………………………………………………………………..…………  
 (proszę uzupełnić)

**Model / Marka:** ………………………………………………………………………….……  
 (proszę uzupełnić)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Parametry wymagane przez Zamawiającego** | **Parametry oferowane przez Wykonawcę** | **Numer katalogowy** |
|  | | | |  |
|  | aluminiowa konstrukcja wózka pokryta lakierem proszkowym odpornym na promieniowanie UV, uszkodzenia mechaniczne i środki dezynfekcyjno-myjące | Tak |  |  |
|  | Wózek ze stabilizacją głowy i pleców z odchylanym płynnie przy pomocy sprężyny hydraulicznej oparciem do 30 0 | Tak |  |  |
|  | Długość całkowita z podnóżkiem maksymalnie 1100 mm | Tak |  |  |
|  | Szerokość użytkowa siedziska maksymalnie 500 mm | Tak |  |  |
|  | Minimalne obciążenie wózka 150 kg | Tak |  |  |
|  | Szerokość całkowita maksymalnie 700 mm | Tak |  |  |
|  | Długość po złożeniu (bez podnóżka ) maksymalnie 800 mm | Tak |  |  |
|  | Szerokość po złożeniu maksymalnie 20 mm | Tak |  |  |
|  | Wysokość po złożeniu maksymalnie 1000 mm | Tak |  |  |
|  | Waga całkowita maksymalnie 22 kg | Tak |  |  |
|  | Kąt nachylenia siedziska 10 0 | Tak |  |  |
|  | Głębokość użytkowa siedziska 550 mm | Tak |  |  |
|  | Wysokość oparcia maksymalnie 500 mm | Tak |  |  |
|  | Odległość siedziska od podnóżka maksymalnie 500 mm | Tak |  |  |
|  | Średnica obręczy maksymalnie 550 mm | Tak |  |  |
|  | Średnica kół tylnych PU 24” | Tak |  |  |
|  | Średnica kół skrętnych PU 200 mm | Tak |  |  |
|  | Przedłużenie oparcia z wałkiem | Tak |  |  |
|  | Regulowane podnóżki | Tak |  |  |
|  | Podłokietniki z regulacją wysokości | Tak |  |  |
|  | Pas brzuszny | Tak |  |  |
|  | Kółko przeciwodleżynowe | Tak |  |  |
|  | Podwójny system hamowania dla pacjenta i opiekuna | Tak |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Informacje dodatkowe** | | | | |
|  |  | Instrukcja obsługi w języku polskim (z dostawą) | TAK |  |  |
|  |  | Gwarancja minimum 24 m-ce | TAK |  |  |
|  |  | Czas reakcji od chwili zgłoszenia awarii w okresie gwarancji wynosi 24 godzin, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy | TAK |  |  |
|  |  | Wykonawca gwarantuje, że dostarczony sprzęt jest fabrycznie nowy, posiada wszelkie wymagane certyfikaty do zastosowań medycznych i zostanie zainstalowany bez żadnego uszczerbku | TAK |  |  |
|  |  | Wykonawca gwarantuje, że wyżej wyspecyfikowany przedmiot oferty jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji | TAK |  |  |
|  |  | Deklaracja zgodności i/lub certyfikat CE | TAK |  |  |