

Zadanie nr 3

Producent:.....

Nazwa:.....

Typ:.....

Model:.....

Rok produkcji:.....

Zestawienie parametrów – Fotel zabiegowy –1 szt.

| L.p. | Opis | Parametr wymagany | Parametry oferowane |
|-------------|--|--------------------------|----------------------------|
| 1. | Fotel mobilny (na kółkach, każde z blokadą jazdy i obrotu) | Tak | |
| 2. | Centralna blokada kół | Tak | |
| 3. | Możliwość ustalenia i utrzymania pacjenta w pozycji siedzącej lub leżącej (leże 3 segmentowe) | Tak | |
| 4. | Elektryczna regulacja wysokości siedziska (od 600mm do 1000mm) nachylenia oparcia pleców i segmentu podudzia | Tak | |
| 5. | Funkcja szybkiej pozycji Trendelenburga | Tak | |
| 6. | Zdejmowane podpórki na ręce z regulacją kąta nachylenia i wysokości | Tak | |
| 7. | Długość min.2 m | Tak | |
| 8. | Szerokość całkowita max. 90 cm | Tak | |
| 9. | Kolor tapicerki – ciemno niebieski lub granatowy | Tak | |
| 10. | Urządzenie posiada wpis do rejestru wyrobów medycznych lub Certyfikat CE i deklarację zgodności ze znakiem CE wystawioną przez producenta | Tak | |
| 11. | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji w siedzibie zamawiającego | Tak | |
| 12. | Okres gwarancji minimum dwa lata | Tak | |
| 13. | Maksymalnie 3 udokumentowane naprawy gwarancyjne tego samego elementu lub podzespołu przedmiotu zamówienia uprawniające do wymiany aparatu na nowy | Tak | |
| 14. | Czas reakcji serwisu po zgłoszeniu awarii max. 48 godz. | Tak | |
| 15. | Bezpłatne przeglądy gwarancyjne w okresie gwarancji wraz z materiałami do nich użytymi | Tak | |
| 16. | Serwis autoryzowany | podać | |

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów

.....
(data i miejscowość).....
(podpis Wykonawcy)