***Załącznik nr 2a – formularz ofertowy techniczny***

*Dotyczy: postępowania na Zakup wyposażenia dla Oddziału Zakaźnego oraz Psychiatrycznego do zadania pn. „Przebudowa i rozbudowa budynku Oddziału Zakaźnego w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie" – znak ZP/2501/26/23*

***Numer pozycji/części: P.94.***

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW GRANICZNYCH (ODCINAJĄCYCH)**

Przedmiot przetargu: **Krzesło z podłokietnikiem dla operatora – szt. 1**

Producent/Firma: ……………………………………………………………………………………………………………….……………………

Urządzenie nazwa typ: ................................................... Rok produkcji: ..............................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry, właściwości, funkcje i inne wymagania wobec urządzenia** | **Wymóg /wartość graniczna** | **Wymagany opis**  **spełnienia wymogu** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2023 | Tak |  |
|  | Krzesło (fotel) operatora przeznaczone do zabiegów operacyjnych z elektryczną regulacją wysokości siedziska góra/dół | Tak |  |
|  | Krzesło wyposażone w zasilanie sieciowe 230V/50Hz i akumulatorowe, umożliwiające bezprzewodową pracę | Tak |  |
|  | Podstawa jezdna, łatwo zmywalna, na trzech kołach z przyciskami sterowania ruchem góra/dół wmontowanymi w podstawę | Tak |  |
|  | Podstawa jezdna wyposażona w centralną blokadę kół. | Tak |  |
|  | Siedzisko profilowane z regulacją góra/dół w zakresie 550-710mm | Tak |  |
|  | Podparcie pleców operatora z dosuwaniem w kierunku odcinka lędźwiowego w zakresie min.50mm | Tak |  |
|  | Regulacja kąta nachylenia podparcia pleców w zakresie +/-15° | Tak |  |
|  | Regulacja podparcia pleców operatora w zakresie góra/dół min.50mm | Tak |  |
|  | Podłokietniki regulowane mechanicznie w zakresie góra/dół co najmniej 100mm i możliwością obrotu w osi 360° | Tak |  |
|  | Kolor tapicerki do wyboru przez Zamawiającego z co najmniej 4 kolorów | Tak |  |
|  | Tapicerka odporna na działanie środków dezynfekcyjnych | Tak |  |
| **Inne wymagania** | | | |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej. | Tak |  |
|  | Certyfikaty dopuszczenia do stosowania w medycynie: polskie oraz międzynarodowe | Tak |  |
|  | Montaż, uruchomienie i szkolenie obsługi w cenie urządzenia. | Tak |  |
|  | Autoryzowany serwis na terenie Polski z dostępem do oryginalnych części zamiennych od producenta | Tak |  |
|  | Paszport techniczny | Tak |  |
| **Warunki gwarancji i serwisu** | | | |
|  | Okres gwarancji min.24 miesiące. | Tak |  |
|  | Maksymalnie 3 naprawy gwarancyjne tego samego elementu lub podzespołu - konieczność wykonania kolejnej naprawy uprawnia do wymiany elementu lub podzespołu na nowy. | Tak |  |
|  | Zapewniony serwis pogwarancyjny | Tak |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych minimum 10 lat | Tak |  |

|  |
| --- |
| Data; kwalifikowany podpis elektroniczny |
|  |