Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego (wypełnić i załączyć do oferty)

Nr sprawy PCZ-NZP-382/15/21

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WYMAGANYCH WARUNKÓW**

**Zad. nr 5**– dostawa stołu rehabilitacyjnego– 2 szt.

Nazwa producenta: .......................................................

Nazwa i typ: .......................................................

Kraj pochodzenia: .......................................................

Rok produkcji: ......................................................

Wyrób medyczny kl. I

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany-podać lub potwierdzić** |
|  | Stół do drenażu ułożeniowego- regulacja elektryczna. | TAK |  |
|  | Stół rehabilitacyjny 2 sekcyjny do ćwiczeń, rehabilitacji, fizjoterapii. | TAK |  |
|  | Skonstruowany na potrzeby pacjentów po przejściu COVID | TAK |  |
|  | Unoszony przy pomocy siłownika elektrycznego sterowanego pilotem ręcznym (nożnym lub ramą sterującą wokół stołu opcja na zamówienie) na wysokość od 45 do 95 cm umożliwi terapeucie swobodną pracę z pacjentem. | TAK |  |
|  | W standardzie stół posiada regulację leżyska do pozycji Trendelenburga w zakresie 0-35 stopni. Stabilna konstrukcja pozwalająca na pracę z pacjentem o większej masie ciała. | TAK |  |
|  | Kąt pochylenia zagłówka regulowany za pomocą sprężyny gazowej od – 80 stopni do +45 stopni. | TAK |  |
|  | Standardowo zagłówek z wymodelowanym wycięciem w kształcie gruszki dla wygody pacjenta, w opcji dodatkowej: z okrągłym otworem i z zatyczką oraz poduszką w kształcie rogala ( mocowany na trzech rzepach). | TAK |  |
|  | Drenaż ułożeniowy do zmniejszenia ilości wydzieliny w płucach u osób leżących. | TAK |  |
|  | Zaoferowane urządzenia/wyroby medyczne są zarejestrowane i dopuszczone do obrotu i stosowania w służbie zdrowia na terenie RP zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami oraz posiadają certyfikat CE. | TAK |  |
|  | Okres gwarancji na urządzenie min. 24 mies.  | TAK |  |

Zamówienie realizowane z Grantu na realizację przedsięwzięcia "Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o. o. z siedzibą w Lwówku Śląskim - dostępny dla osób ze szczególnymi potrzebami". Wydatek finansowany w ramach projektu grantowego Dostępność Plus dla Zdrowia, realizowanego w ramach Działania 5.2, Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, określonego we wniosku o dofinansowanie projektu nr POWR.05.02.00-00-0044/18, którego Beneficjentem jest Minister Zdrowia, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Cena: ……………. zł netto, …………….. zł brutto

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty. Parametry muszą być potwierdzone folderami lub karatami katalogowymi oferowanego wyrobu.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie *parametr oferowany* będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w opisie, jest kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

**…………………………….**

**Podpis Wykonawcy**