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 6** – dostawa wózka inwalidzkiego szt. 1

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

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

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

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

Wyrób medyczny kl. I

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany-podać lub potwierdzić** |
| 1. | Wózek inwalidzki składany ,przeznaczony jest dla osób z dysfunkcjami narządu ruchu. Może być użytkowany zarówno wewnątrz jak i na zewnątrz pomieszczeń, przeznaczony do ogólnego stosowania - transportu, spacerów i przemieszczania się | TAK |  |
| 2. | Rama wykonana ze stali jest niezwykle wytrzymała i gwarantuje stabilną i bezpieczną jazdę.  | TAK |  |
| 3.  | Regulowane na wysokość podnóżki zapewniające dopasowanie pozycji do wzrostu użytkownika | TAK |  |
| 4. |  możliwość odchylenia podnóżków oraz podłokietników ułatwiający przesadzanie pacjenta.  | TAK |  |
| 5. | Zastosowanie nowej generacji kół  | TAK |  |
| 6. | opona wykonana w całości z gumy  | TAK |  |
| 7. | Hamulec postojowy  | TAK |  |
| 8. | Kieszeń za oparciem  | TAK |  |
| 9.  | Rama na krzyżaku ułatwiająca składanie i transport.  | TAK |  |
| 10. | Krótkie podłokietniki umożliwiające bezpośredni dojazd do biurka lub stołu  | TAK |  |
| 11.  | tapicerka odznaczająca się wysoką trwałością i odpornością na uszkodzenia , łatwa w dezynfekcji  | TAK |  |
| 12. | Waga maksymalna użytkownika - do 150 kg  | TAK |  |
| 13. | Długość całkowita z podnóżkiem max. 110 cm  | TAK |  |
| 14. | Szerokość całkowita – max. 65 cm  | TAK |  |
| 15. | Szerokość siedziska max. 48 cm  | TAK |  |
| 16. | Głębokość siedziska max 43 cm  | TAK |  |
| 17. | Długość po złożeniu max. 80 cm  | TAK |  |
| 18. | Szerokość po złożeniu max. 28 cm  | TAK |  |
| 19. | Wysokość max. 93 cm  | TAK |  |
| 20. | Waga całkowita max. 20 kg  | TAK |  |
| 21. | Wysokość przedniej krawędzi siedziska od podłoża max. 52 cm  | TAK |  |
| 22. | Odległość przedniej krawędzi siedziska od podnóżka – min. 37 cm - max. 47 cm | TAK |  |
| 23. | Odległość podłokietnika od siedziska max. 28 cm  | TAK |  |
| 24. | Długość podłokietnika max. 28 cm  | TAK |  |
| 25. | Średnica kół max. 24”  | TAK |  |
| 26. | Wysokości od ziemi do rączek max. 92 cm  | TAK |  |
| 27. | Średnica przednich kół max. 20 cm  | TAK |  |
| 28. | Produkt nowy, medyczny, atestowany, | TAK |  |
| 29. | 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 |  |
| 30. | Okres gwarancji 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**