ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH

39 Stół rehabilitacyjny

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | **PARAMETR / WARUNEK WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY – PODAĆ** |
| 1. | Stół rehabilitacyjny, stacjonarny, przeznaczony do fizjoterapii, rehabilitacji, terapii manualnej. |  |
| 2. | Stół posiadający 7 segmentowy blat,   * podgłówek * 2 segmentowe leże główne * 2 podłokietniki * 2 półki boczne |  |
| 3. | Podgłówek z regulacją kątową przy pomocy sprężyny gazowej w zakresie min od  -60° do 40° |  |
| 4. | Podłokietniki posiadające regulację ich wysokości po zwolnieniu blokady |  |
| 5. | Półki boczne w leżu posiadające możliwość ich opuszczania |  |
| 6. | Regulacja tylnego segmentu leża przy pomocy sprężyny gazowej w zakresie min 0° do 80° |  |
| 7. | Regulacja kąta pomiędzy dwoma głównymi segmentami leża za pomocą  siłownika elektrycznego - regulacja ze sterownika podblatowego |  |
| 8. | Regulacja wysokości stołu przy pomocy siłownika elektrycznego w zakresie min od 500 do 950 mm |  |
| 9. | Materace segmentów blatu wykonane z pianki integralnej, o twardszej strukturze  umożliwiającej fizjoterapeutom bardziej precyzyjną pracę z zakresu terapii manualnej. |  |
| 10. | Stół ze stopkami z możliwością jego przesunięcia przy pomocy kół jezdnych. Mechanizm przełączający w sposób płynny z funkcji jazdy na funkcję blokady. |  |
| 11. | Maksymalna obciążenie robocze nie mniejsze niż 200 kg |  |
| 12. | Wymiary stołu:   * szerokość ok. 700mm * długość stołu ok. 2000 mm |  |
| 13. | **Pozostałe wymagania** |  |
| 14. | Deklaracja zgodności CE wydana przez producenta – dołączyć do oferty |  |
| 15. | Firmowe materiały informacyjne producenta lub autoryzowanego dystrybutora w języku polskim potwierdzające spełnienie wymaganych parametrów oferowanego wyrobu – dołączyć do oferty  W przypadku wątpliwości co do zaoferowanych parametrów, Zamawiający zastrzega sobie możliwość wezwania oferenta do prezentacji oferowanego  wyrobu |  |

UWAGI:

1. **Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty. Parametry muszą być potwierdzone folderami lub karatami katalogowymi oferowanego wyrobu.**
2. **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.**
3. **Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, 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