ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH

35 Wózek do transportu chorych w pozycji siedzącej

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR / WARUNEK WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY – PODAĆ** |
| 1. | Wózek do transportu chorych w pozycji siedzącej do użytku w  pomieszczeniach na terenie szpitala |  |
| 2. | Wózek posiadający konstrukcję modułową, możliwość rozbudowy i modyfikacji wózka |  |
| 3. | Boczne podłokietniki wykonane z wytrzymałego tworzywa sztucznego z  możliwością ich odchylania i wyciągania. |  |
| 4. | Waga wózka max 16,5kg |  |
| 5. | Obciążenie do min. 130kg |  |
| 6. | Możliwość wyboru szerokości wózka z min. 6 różnych wersji mieszczących się w zakresie min od 57 do 68 cm |  |
| 7. | Podnóżki odchylane, odpinane z regulacją wysokości |  |
| 8. | Ergonomiczne uchwyty do pchania |  |
| 9. | Tapicerka łatwa do czyszczenia |  |
| 10. | Tylne koła na szybkozłączkach |  |

UWAGI:

1. **Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty. Parametry muszą być potwierdzone**

folderami lub karatami katalogowymi oferowanego wyrobu.

1. **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.

1. **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