**SP ZOZ/DZ/9/2019**

**Załącznik nr 3 do SIWZ**

**PAKIET NR VI**

**SPECYFIKACJA TECHNICZNA**

**FOTEL GINEKOLOGICZNY – 1 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia:...................................................................

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

Kraj produkcji: ...................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Wymagane warunki i parametry | Wymóg | Oferowane warunki i parametry |
| I. | PARAMETRY OGÓLNE |  |  |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe rok produkcji 2018/2019 | TAK |  |
| 2 | Konstrukcja stołu wykonana z stali galwanizowanej pokrytej lakierem proszkowym odporna na korozję oraz działanie promieniowania UV | TAK |  |
| 3 | Siedzisko wykonane z pianki viscoelastycznej termoplastycznej w zmywalnym pokrowcu odpornym na działanie środków dezynfekujących w kolorze limonka | TAK |  |
| 4 | Wysokość stołu, podparcie pleców i nóg oraz regulacje TB/ATB regulowane elektro-mechanicznie za pomocą ręcznego pilota przewodowego  | TAK |  |
| 5 | Podstawa jezdna stołu pokryta antybakteryjnym tworzywem ABS odpornym na działanie środków dezynfekujących oraz promieniowanie UV  | TAK |  |
| 6 | Odejmowane uchwyty narzędziowe mocowane za pomocą śruby do szyn ze stali nierdzewnej umieszczonych po bokach fotela  | TAK |  |
| 7 | Stół wyposażony w demontowalny zagłówek o takiej samej szerokości jak siedzisko  | TAK |  |
| 8 | Wielopozycyjne podłokietniki regulowane ręcznie z możliwością demontażu  | TAK |  |
| 9 | Wielopozycyjne podpory kolan | TAK |  |
| 10 | Wyjmowana miska | TAK |  |
| 11 | Dwie szyny akcesoryjne wykonane ze stali nierdzewnej umieszczone po bokach stołu wyposażone w wielopozycyjne uchwyty regulowane za pomocą mechanizmu śrubowego | TAK |  |
| 12 | Dwie podpory nóg mocowane do szyny akcesoryjnej  | TAK |  |
| 13 | Całkowita długość stołu 160 cm (±3 cm) |  |  |
| 14 | Wysokość regulowana w zakresie: 64 – 84 cm (±3 cm) | TAK, podać |  |
| 15 | Szerokość siedziska i oparcia pleców 65 cm (±2 cm) | TAK,podać |  |
| 16 | Szerokość stołu z zamontowanymi podłokietnikami 1050 cm (±3 cm) | TAK, podać |  |
| 17 | Regulacja TB w zakresie 0 – 13° (±1°)  | TAK, podać |  |
| 18 | Regulacja segmentu nóg w zakresie 0 – 90° (±5°) , regulacja segmentu pleców w zakresie 0-70° (±5°) | TAK, podać |  |
| 19 | Dopuszczalne obciążenie 180 kg | TAK |  |
| 20 | Możliwość wyboru wersji kolorystycznej – kolor „limonka” | TAK |  |
| 21 | Produkt trwale oznakowany znakiem CE | TAK |  |
| 22 | Gwarancja min 24 m-ce | TAK |  |
| 23 | Dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie UE i Polski zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20 05 2010 Dz. U. z 2010 nr 107 poz. 679 w tym dokumenty wydawane przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych | TAK |  |

Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca – wypełniając ten załącznik – oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany asortyment.

Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treści – stanowi on integralną część oferty – deklarację Wykonawcy co do jej treści, stąd brak tego załącznika, zawierającego treści zgodne z wzorem określonym w specyfikacji istotnych warunków zamówienia, spowoduje odrzucenie oferty.

**Uwaga.**

1. **W rubryce tabeli: ,,wartość oferowana” – wpisać: TAK lub NIE oraz potwierdzić spełnienie warunków przez: złożenie poniżej podpisu i opieczętowanie lub podpisanie się czytelnie – przez uprawnionego przedstawiciela wykonawcy, tj. imię i nazwisko tej osoby.**
2. Brak wypełnienia tej rubryki lub wpisanie ,,NIE spełnia” spowoduje odrzucenie oferty jako nie spełniającej wymaganych warunków.

***Potwierdzam oferowane jw. parametry:***

*…………………………….………… dnia: ……………………..…… .*

 *(miejscowość)*

*.................................................................*

*Uprawniony przedstawiciel wykonawcy –*

 *pieczęć z podpisem lub nazwisko i imię*