|  | **Opis parametrów** | **Parametry wymagane** | **Parametry punktowane** | **Parametry oferowane****(wypełnia Wykonawca)**  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **I.** | **Fotele do dializ – 24 sztuki** |  |  |  |
|  | Fotele fabrycznie nowe, nie używane do prezentacji, rok produkcji nie starszy niż 2020 | TAK,podać |  |  |
|  | Długość podłokietnika 60,5 cm | TAK,Podać |  |  |
|  | Szerokość podłokietnika 13,5 cm | TAK,podać |  |  |
|  | Długość siedziska 219 cm | TAK,podać |  |  |
|  | Szerokość siedziska 60 cm | TAK,podać |  |  |
|  | Grubość tapicerki 9 cm | TAK,podać |  |  |
|  | Długość całkowita 227 cm | TAK,podać |  |  |
|  | Szerokość fotela 87 cm | TAK,podać |  |  |
|  | Wysokość siedziska regulowana 56 cm – 78 cm | TAK,podać |  |  |
|  | Kąt nachylenia oparcia 0˚ do 72° | TAK,podać |  |  |
|  | Kat nachylenia siedziska 0˚ do 25° | TAK,podać |  |  |
|  | Kąt nachylenia części na nogi -25˚ do 27˚ | TAK,podać |  |  |
|  | Wypełnienie i tapicerka:- materiały odporne na promienie UV, ślinę oraz pot, wodoodporne i ognioodporne, testowane w kierunku biozgodności i toksyczności, | TAK |  |  |
|  | Kolor podłokietników i podnóżka ciemny szary | TAK |  |  |
|  | Kółka: średnica 10 cm | TAK |  |  |
|  | Elektryczna regulacja:- oparcia,- siedziska,- dolnej części siedziska,- wysokości siedziska | TAK |  |  |
|  | Połączenia wyrównawcze | TAK |  |  |
|  | Ręczny włącznik (klasa ochronności IP): IP 66 | TAK |  |  |
|  | Klasa ochrony; II | TAK |  |  |
|  | Kroploszczelność: IPX 4 | TAK |  |  |
|  | Bezpieczeństwo elektryczne: DIN EN 60601/1, 60601/1-2 | TAK |  |  |
|  | Przewód zasilania zwinięty 2 m | TAK |  |  |
|  | Przewód zasilania rozwinięty 3,5 m | TAK |  |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie min. 170 kg | TAK,podać | = 170 kg – 0 pkt,Od 171 do 185 kg – 1 pkt.,od 186 kg do 199 – 2 pkt.,≥ 200 kg – 5 pkt.  |  |
|  | Waga (bez opcji) max 95 kg | TAK,podać |  |  |
| **II.** | **Wymagania dodatkowe** |  |  |  |
|  | Wykonawca wskaże serwis gwarancyjny i pogwarancyjny dostarczonego sprzętu i załączy do oferty oświadczenie serwisu o posiadaniu autoryzacji producenta – podać nazwę, adres, tel. fax | TAK,podać |  |  |
|  | Przeglądy techniczne podczas gwarancji, częstotliwość przeglądów wymagana przez producenta | TAK,podać |  |  |
| **III.** | **Dodatkowe informacje o oferowanym sprzęcie** |  |  |  |
|  | Producent | TAK,podać |  |  |
|  | Model\* | TAK,Podać |  |  |
|  | Nazwa katalogowa\* | TAK,Podać |  |  |

 „\*” – uzupełnić w przypadku posiadania przez oferowany sprzęt w/w danych;

Niniejszym oświadczam, iż oferowany sprzęt posiada parametry techniczne określone powyżej.

.................................................................
 /podpis i pieczęć osoby (osób) upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

....................................... dn., .......................