**Załącznik nr 8 do SWZ**

Nr sprawy 3/2021

# FORMULARZ CENOWY po zmianach z 9.09.2021

**Część 1**

|  |
| --- |
| Sprzęt fabrycznie nowy, nie rekondycjonowany, nie powystawowy, Rok produkcji nie starszy niż 2021r. Nazwa handlowa …………………………………………………………………….…….(uzupełnić)Model lub typ …………………………………………………… (uzupełnić) Producent …………………………………………………… (uzupełnić) |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***Liczba szt.*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość netto*** | ***Stawka podatku VAT***  | ***Wartość brutto*** |
| **Materac przeciwodleżynowy**  | **8** | **…….zł** | **…….. zł** | **..… %** | **…… zł** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr części zamówienia | **Opis parametru** | **Wartość graniczna / wymagana** | **Uwagi** |
| 1 | **2** | 3 | 4 |
| **Część 1** | **Materac przeciwodleżynowy** Parametry Materaca - Materiał: PVC zgodne z CE- Ilość komór (bąbelków): min 130- Wymiary: 200 x 90 cm; brzegi max 3 cm- Waga: max. 2,5 kg - Maksymalne obciążenie: co najmniej 110 kg Parametry pompy - Zastosowanie: pompa zmiennociśnieniowa do materaca bąbelkowego- Zasilanie: 230V ~ 50Hz- Zakres ciśnienia: 40 - 120 mmHg- Cykl: 12 min (+-2 min)- Zużycie energii: 7W, +- 1W | TAK |  |

**Oferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania wynikające z ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 186 ze zm.) i został dopuszczony do obrotu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.**

**Oferowany przedmiot zamówienia posiada Deklarację Zgodności.**

**Sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.**

*Miejscowość, dnia ………………………………….*

……………………………………………………………………………………

podpis elektroniczny kwalifikowany

lub podpis zaufany lub osobisty

osoby/-ób uprawnionej/-ych

do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika

**Część 2**

|  |
| --- |
| Sprzęt fabrycznie nowy, nie rekondycjonowany, nie powystawowy, Rok produkcji nie starszy niż 2021r. Nazwa handlowa …………………………………………………………………….…….(uzupełnić)Model lub typ …………………………………………………… (uzupełnić) Producent …………………………………………………… (uzupełnić) |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***Liczba szt.*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość netto*** | ***Stawka podatku VAT***  | ***Wartość brutto*** |
| **Koncentrator tlenu z osprzętem**  | **10** | **…….zł** | **…….. zł** | **..… %** | **…… zł** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr części zamówienia | **Opis parametru** | **Wartość graniczna / wymagana** | **Uwagi** |
| 1 | **2** | 3 | 4 |
| **Część 2** | **Koncentrator tlenu z osprzętem** Stacjonarny koncentrator, wyposażony w zwrotne kółka, które pozwalają na jego łatwe transportowanie. Za pomocą pokrętła można z łatwością zamontować nawilżacz oraz regulować przepływ tlenu. Wizualne i dźwiękowe alarmy wskazujące niski poziom stężenia tlenu, brak zasilania, spadek ciśnienia czy też konieczność naprawy serwisowej.  Dane techniczne• Wymiary max (W x Sz x D): 70 x 40 x 40 cm• Waga max: 18kg• Pobór mocy: max 320W przy przepływie 2 l/min., 330W przy przepływie 5 l/min.• Regulowany przepływ tlenu: od 0,5 l/min do 5 l/min.• Stężenie tlenu: na poziomie nie niższym niż 87% w całym zakresie pracy urządzenia • Poziom hałasu: nie przekracza 45dB | TAK |  |

**Oferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania wynikające z ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 186 ze zm.) i został dopuszczony do obrotu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.**

**Oferowany przedmiot zamówienia posiada Deklarację Zgodności.**

**Sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.**

*Miejscowość, dnia ………………………………….*

……………………………………………………………………………………

podpis elektroniczny kwalifikowany

lub podpis zaufany lub osobisty

osoby/-ób uprawnionej/-ych

do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika

**Część 3**

|  |
| --- |
| Sprzęt fabrycznie nowy, nie rekondycjonowany, nie powystawowy, Rok produkcji nie starszy niż 2021r. Nazwa handlowa …………………………………………………………………….…….(uzupełnić)Model lub typ …………………………………………………… (uzupełnić) Producent …………………………………………………… (uzupełnić) |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***Liczba szt.*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość netto*** | ***Stawka podatku VAT***  | ***Wartość brutto*** |
| **Koncentrator tlenu przenośny bezobsługowy** | **5** | **…….zł** | **…….. zł** | **..… %** | **…… zł** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr części zamówienia | **Opis parametru** | **Wartość graniczna / wymagana** | **Uwagi** |
| 1 | **2** | 3 | 4 |
| **Część 3** | Koncentrator przenośny bezobsługowyPrzenośny Koncentrator Tlenu + Akcesoria Dane techniczne:- Wylot powietrza regulowany od 1L do 6L - Tryby pracy ciągły, oraz pulsacyjnyPrzepływ ciągły 0,5 - 3 l/min (wzrost co 0,5 l/min)Przepływ pulsacyjny 1 minimum 6 - Stężenie o2 – na poziomie nie niższym niż 80% w całym zakresie pracy urządzenia- Wymiary urządzenia 49,0 x 31,2 x 18,0 cm +- 5 cm dla każdego wymiaru- Waga max 9kg - Akumulator - Pobór mocy: średnio poniżej 90 W- Napięcie: AC 220 ~ 240V 50-60Hz lub DC 12-17V- Adapter Samochodowy- Poziom hałasu: poniżej 42 dB w trybie pulsacyjnym- Poziom hałasu do 50 dB w trybie ciągłym- Temperatura stosowania: 5 ~ 40 ° C- Wilgotność Zastosowania: poniżej 90%- Czas pracy akumulatora wynosi min. 45 minut przy pełnym naładowaniu- Czas pracy przy zasilaniu sieciowym do 12 godzin, następnie przerwa max 40 minZestaw zawiera:- Koncentrator przenośny tlenu- Podręczna torba- 1 szt. Akumulator - Ładowarka do baterii- Zasilacz- Ładowarka samochodowa- Kabel zasilający- Kaniula nosowa- Wózek | TAK |  |

**Oferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania wynikające z ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 186 ze zm.) i został dopuszczony do obrotu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.**

**Oferowany przedmiot zamówienia posiada Deklarację Zgodności.**

**Sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.**

*Miejscowość, dnia ………………………………….*

……………………………………………………………………………………

podpis elektroniczny kwalifikowany

lub podpis zaufany lub osobisty

osoby/-ób uprawnionej/-ych

do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika

**Część 4**

|  |
| --- |
| Sprzęt fabrycznie nowy, nie rekondycjonowany, nie powystawowy, Rok produkcji nie starszy niż 2021r. Nazwa handlowa …………………………………………………………………….…….(uzupełnić)Model lub typ …………………………………………………… (uzupełnić) Producent …………………………………………………… (uzupełnić) |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***Liczba szt.*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość netto*** | ***Stawka podatku VAT***  | ***Wartość brutto*** |
| **Ssak z osprzętem** | **15** | **…….zł** | **…….. zł** | **..… %** | **…… zł** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr części zamówienia | **Opis parametru** | **Wartość graniczna / wymagana** | **Uwagi** |
| 1 | **2** | 3 | 4 |
| **Część 4** | **Ssak z osprzętem** Przepływ (minimalny wymagany zakres): 0 - 27 l/minCiśnienie (minimalny wymagany zakres): 50 - 550 mmHgPojemnik: 800 ml - 1500 ml z zaworem pływakowym, z możliwością sterylizacji Zasilanie sieciowe ~230V, 50/60 HzPrzewód zasilający o długości min. 3 mPraca ciągła 24 godziny na dobę, dopuszcza się tryb przerywany 30 minut włączony, 30 minut wyłączonyPoziom hałasu podczas pracy max. 60,5 dBMasa max. 6 kg.Zasilanie sieciowe oraz akumulatorowe | TAK |  |

**Oferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania wynikające z ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 186 ze zm.) i został dopuszczony do obrotu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.**

**Oferowany przedmiot zamówienia posiada Deklarację Zgodności.**

**Sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.**

*Miejscowość, dnia ………………………………….*

……………………………………………………………………………………

podpis elektroniczny kwalifikowany

lub podpis zaufany lub osobisty

osoby/-ób uprawnionej/-ych

do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika

**Część 5**

|  |
| --- |
| Sprzęt fabrycznie nowy, nie rekondycjonowany, nie powystawowy, Rok produkcji nie starszy niż 2021r. Nazwa handlowa …………………………………………………………………….…….(uzupełnić)Model lub typ …………………………………………………… (uzupełnić) Producent …………………………………………………… (uzupełnić) |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***Liczba szt.*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość netto*** | ***Stawka podatku VAT***  | ***Wartość brutto*** |
| **Monitor (pusloksymetr + temperatura + ciśnienie) Kardiomonitor** | **6** | **…….zł** | **…….. zł** | **..… %** | **…… zł** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr części zamówienia | **Opis parametru** | **Wartość graniczna / wymagana** | **Uwagi** |
| 1 | **2** | 3 | 4 |
| **Część 5** | **Monitor (pusloksymetr + temperatura + ciśnienie)** Kardiomonitor - możliwość monitorowania szerokiego zakresu parametrów: EKG, tętno (HR), częstość oddechów (RR), wysycenie krwi tlenem / saturacja (SpO2), puls (PR), nieinwazyjny pomiar ciśnienia krwi (NIBP), Temp.- monitor przeznaczony dla dorosłych , dzieci i noworodków. Wybór grupy pacjenta z menu z dostosowaniem granic alarmowych. Kardiomonitor wyposażony w akcesoria odpowiednie dla grupy wiekowej pacjenta.- kolorowy wyświetlacz LCD 7’’ – 12,1’’ z prezentacją na ekranie monitora krzywych dynamicznych oraz wartości cyfrowych. Różne konfiguracje ekranu: duże cyfry, parametry, trendy.- kardiomonitor - możliwość "zamrożenia" krzywej EKG do analizy odcinka S-T.- kardiomonitor posiada trendy tabelaryczne i graficzne mierzonych parametrów.- analiza arytmii i odcinka S-T.- dźwiękowe i wizualne alarmy z możliwością wyciszenia i dostosowania granic alarmowych. Kardiomonitor posiada pamięć zdarzeń alarmowych.- tryby pomiaru NIBP: ręczny (bezpośredni przycisk na panelu monitora), automatyczny.- zabezpieczenie przed nadmiernym ciśnieniem w mankiecie.- kardiomonitor posiada wbudowany akumulator (min. 2 godziny pracy na baterii) z możliwością wymiany przez użytkownika bez konieczności wzywania serwisu.- kardiomonitor posiada menu w języku polskim.Wyposażenie min.: czujnik SpO2 klips na palec dla dzieci, kabel EKG, elektrody EKG, mankiet NIBP dla dorosłych, czujnik temperatury, rączka do kardiomonitora, pokrowiec, bateria, kabel / adapter sieciowy.Wymagane wyposażenie kardiomonitora w akcesoria dla dziecka i noworodka | TAK |  |

**Oferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania wynikające z ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 186 ze zm.) i został dopuszczony do obrotu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.**

**Oferowany przedmiot zamówienia posiada Deklarację Zgodności.**

**Sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.**

*Miejscowość, dnia ………………………………….*

……………………………………………………………………………………

podpis elektroniczny kwalifikowany

lub podpis zaufany lub osobisty

osoby/-ób uprawnionej/-ych

do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika

**Część 6**

|  |
| --- |
| Sprzęt fabrycznie nowy, nie rekondycjonowany, nie powystawowy, Rok produkcji nie starszy niż 2021r. Nazwa handlowa …………………………………………………………………….…….(uzupełnić)Model lub typ …………………………………………………… (uzupełnić) Producent …………………………………………………… (uzupełnić) |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***Liczba szt.*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość netto*** | ***Stawka podatku VAT***  | ***Wartość brutto*** |
| **Termometr bezdotykowy** | **10** | **…….zł** | **…….. zł** | **..… %** | **…… zł** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr części zamówienia | **Opis parametru** | **Wartość graniczna / wymagana** | **Uwagi** |
| 1 | **2** | 3 | 4 |
| **Część 6** | **termometr bezdotykowy** Specyfikacja:• Czujnik podczerwieni• Termometr służy do pomiaru temperatury na czole, temperatury przedmiotów (np. mleka w butelce)• Czas pomiaru: ≤ 1 sekundy• Podświetlany wyświetlacz cyfrowy LCD• Pomiar temperatury: min. skala Celsjusza.• Funkcja pamięci z zachowaniem wartości min. 30 ostatnich wyników pomiaru.• Zakres pomiaru: temperatura ciała (minimalny wymagany zakres): 32,0°C – 42,0°C.• Zakres pomiaru: temperatura powierzchni: 0,0°C – 100,0°C.• Margines błędu pomiaru: w standardowych warunkach otoczenia: ±0,3°C.• Odległość od miejsca dokonywania pomiaru: 1–5 cm (oferowany termometr musi mieścić się co najmniej częściowo w zadanym zakresie tj. musi istnieć możliwość pomiaru w odległości mieszczącej się w podanym zakresie, jednak zakres pomiaru nie musi się pokrywać).• Tryb oszczędzania energii automatyczne wyłączenie: po upływie max. 45 s.• Funkcja alarmu w wypadku podwyższonej temperatury ciała• Zasilanie: bateryjne.• Waga: max 120 g (bez baterii). | TAK |  |

**Oferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania wynikające z ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 186 ze zm.) i został dopuszczony do obrotu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.**

**Oferowany przedmiot zamówienia posiada Deklarację Zgodności.**

**Sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.**

*Miejscowość, dnia ………………………………….*

……………………………………………………………………………………

podpis elektroniczny kwalifikowany

lub podpis zaufany lub osobisty

osoby/-ób uprawnionej/-ych

do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika

**Część 7**

|  |
| --- |
| Sprzęt fabrycznie nowy, nie rekondycjonowany, nie powystawowy, Rok produkcji nie starszy niż 2021r. Nazwa handlowa …………………………………………………………………….…….(uzupełnić)Model lub typ …………………………………………………… (uzupełnić) Producent …………………………………………………… (uzupełnić) |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***Liczba szt.*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość netto*** | ***Stawka podatku VAT***  | ***Wartość brutto*** |
| **Inhalator z osprzętem** | **10** | **…….zł** | **…….. zł** | **..… %** | **…… zł** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr części zamówienia | **Opis parametru** | **Wartość graniczna / wymagana** | **Uwagi** |
| 1 | **2** | 3 | 4 |
| **Część 7** | **inhalator z osprzętem** Specyfikacja techniczna• Wielkość cząstki: MMAD = 2-3,6 µm.• Tempo nebulizacji: 0,2 ml / min – 0,5 ml / min.• Pojemność zbiornika na lek (minimalny wymagany zakres): 2 ml - 10 ml• Głośność pracy urządzenia: max 58 dB.• Waga: do 1,6 kg z akcesoriami• Wytwarzanie aerozolu: ok. 0,25 ml• Inhalator umożliwia przeprowadzenie inhalacji dla dzieciWyposażenie • Kompresor• Zestaw nebulizatora• Przewód powietrza, PCW, 100 – 120 cm• Zbiornik na lek• Ustnik• Łącznik• Końcówka do nosa• Maska dla dzieci, maska dla dzieci | TAK |  |

**Oferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania wynikające z ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 186 ze zm.) i został dopuszczony do obrotu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.**

**Oferowany przedmiot zamówienia posiada Deklarację Zgodności.**

**Sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.**

*Miejscowość, dnia ………………………………….*

……………………………………………………………………………………

podpis elektroniczny kwalifikowany

lub podpis zaufany lub osobisty

osoby/-ób uprawnionej/-ych

do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika

**Część 8**

|  |
| --- |
| Sprzęt fabrycznie nowy, nie rekondycjonowany, nie powystawowy, Rok produkcji nie starszy niż 2021r. Nazwa handlowa …………………………………………………………………….…….(uzupełnić)Model lub typ …………………………………………………… (uzupełnić) Producent …………………………………………………… (uzupełnić) |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***Liczba szt.*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość netto*** | ***Stawka podatku VAT***  | ***Wartość brutto*** |
| **Ciśnieniomierz** | **5** | **…….zł** | **…….. zł** | **..… %** | **…… zł** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr części zamówienia | **Opis parametru** | **Wartość graniczna / wymagana** | **Uwagi** |
| 1 | **2** | 3 | 4 |
| **Część 8** | **ciśnieniomierz**  Funkcjonalność:• Automatyczny pomiar ciśnienia krwi i pulsu.• Min. mankiety w rozmiarze XS-S i M-L (22 - 42 cm). • Wykrywanie arytmi serca.• Wbudowana pamięć podająca min. 30 ostatnie wyniki pomiaru wraz z datą i godziną.• Czytelny wyświetlacz LCD.• Informacja/alert o kończącej się baterii.• Możliwość podłączenia zasilacza sieciowego lub stosowania akumulatorów bateryjnych.• Wbudowany wskaźnik poprawnego założenia mankietu wraz z optymalnym napełnieniem i wskaźnikiem ruchu ramienia. Specyfikacja Techniczna:- Zakres pomiaru: 20 - 280 mmHg – ciśnienie krwi, 40 - 200 uderzeń na minutę – tętno- Dokładność statyczna: ciśnienie w zakresie ± 3 mmHg- Dokładność pomiaru tętna: ±5 % wartości odczytu- Temperatura robocza: 10 - 40 ˚C - Wilgotność względna 15-95 %- Waga max: 350 g (z bateriami)- Wymiary max: 150 x 90 x 60 mm- Sposób pomiaru: oscylometryczny, odpowiadający metodzie Korotkoffa: faza I skurczowa, faza V rozkurczowa- Zakres wyświetlania ciśnienia w mankiecie: 0 - 299 mmHg- Rozdzielczość min.: 1 mmHg | TAK |  |

**Oferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania wynikające z ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 186 ze zm.) i został dopuszczony do obrotu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.**

**Oferowany przedmiot zamówienia posiada Deklarację Zgodności.**

**Sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.**

*Miejscowość, dnia ………………………………….*

……………………………………………………………………………………

podpis elektroniczny kwalifikowany

lub podpis zaufany lub osobisty

osoby/-ób uprawnionej/-ych

do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika

**Część 9**

|  |
| --- |
| Sprzęt fabrycznie nowy, nie rekondycjonowany, nie powystawowy, Rok produkcji nie starszy niż 2021r. Nazwa handlowa …………………………………………………………………….…….(uzupełnić)Model lub typ …………………………………………………… (uzupełnić) Producent …………………………………………………… (uzupełnić) |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***Liczba szt.*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość netto*** | ***Stawka podatku VAT***  | ***Wartość brutto*** |
| **Łóżko szpitalne** | **10** | **…….zł** | **…….. zł** | **..… %** | **…… zł** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr części zamówienia | **Opis parametru** | **Wartość graniczna / wymagana** | **Uwagi** |
| 1 | **2** | 3 | 4 |
| **Część 9** | **Łóżko szpitalne**• Sterowanie pilotem w 4 pozycjach (góra całość / dół całość / tylko głowa / tylko nogi) • Barierki opuszczane poniżej ramy leża lub poniżej poziomu materaca • Wysięgik z uchwytem dla pacjenta• Możliwość ustawienia pozycji anty – Trendelenburga, pomocnej w fazie wczesnej pionizacji Zawieszenia leża na minimalnej wysokości 40 cm, dopuszcza się niżej. Dane techniczne:• Wymiary wewnętrzne łóżka (materaca): 90 x 200 cm• Wymiary zewnętrzne łóżka: max 105 x 225 cm• Zakres regulacji wysokości łoża (minimalny wymagany zakres): 40 - 72 cm • Kąt nachylenia zagłówka do min. 70 stopni, dopuszcza się szerszy zakres• Kąt nachylenia sekcji udowej do min. 20 stopni, dopuszcza się szerszy zakres• Maksymalna waga pacjenta: co najmniej 145 kg• Maksymalny udźwg całkowity : co najmniej 175 kg• Wysokość zabezpieczenia barierkami: min. 37 cm• Łóżko wykonane z materiału odpornego na mycie i dezynfekcję W komplecie (złożone na stojaku transportowym):• Łóżko pielęgnacyjne • Wysięgnik z uchwytem• Barierki zabezpieczające• materac piankowy dopasowany do łoży łóżka, minimalna grubość materaca: 10 cm | TAK |  |

**Oferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania wynikające z ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 186 ze zm.) i został dopuszczony do obrotu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.**

**Oferowany przedmiot zamówienia posiada Deklarację Zgodności.**

**Sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.**

*Miejscowość, dnia ………………………………….*

……………………………………………………………………………………

podpis elektroniczny kwalifikowany

lub podpis zaufany lub osobisty

osoby/-ób uprawnionej/-ych

do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika

**Część 10**

|  |
| --- |
| Sprzęt fabrycznie nowy, nie rekondycjonowany, nie powystawowy, Rok produkcji nie starszy niż 2021r. Nazwa handlowa …………………………………………………………………….…….(uzupełnić)Model lub typ …………………………………………………… (uzupełnić) Producent …………………………………………………… (uzupełnić) |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***Liczba szt.*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość netto*** | ***Stawka podatku VAT***  | ***Wartość brutto*** |
| **Kozetka** | **3** | **…….zł** | **…….. zł** | **..… %** | **…… zł** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr części zamówienia | **Opis parametru** | **Wartość graniczna / wymagana** | **Uwagi** |
| 1 | **2** | 3 | 4 |
| **Część 10** | **Kozetka** Regulowany podgłówek i szeroki blat. Jedna z nóg kozetki jest wykręcana, co pozwala na jej poziomowanie na nierównej powierzchni. Konstrukcja wykonana ze stali (pokrytej farbą odporną na zmywanie i dezynfekcję). Blat obszyty materiałem skóropodobnym lub winylowym odpornym na zmywanie i dezynfekcję.DANE TECHNICZNE:Długość: 195 cm +5 cmSzerokość: 70 cm +2 cmWysokość: możliwość regulacji min. 55 cm - 75 cmRegulacja kąta nachylenia zagłówka: od -60 ° do +45 °Dopuszczalne obciążenie: co najmniej 200 kg | TAK |  |

**Oferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania wynikające z ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 186 ze zm.) i został dopuszczony do obrotu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.**

**Oferowany przedmiot zamówienia posiada Deklarację Zgodności.**

**Sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.**

*Miejscowość, dnia ………………………………….*

……………………………………………………………………………………

podpis elektroniczny kwalifikowany

lub podpis zaufany lub osobisty

osoby/-ób uprawnionej/-ych

do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika

**Część 11**

|  |
| --- |
| Sprzęt fabrycznie nowy, nie rekondycjonowany, nie powystawowy, Rok produkcji nie starszy niż 2021r. Nazwa handlowa …………………………………………………………………….…….(uzupełnić)Model lub typ …………………………………………………… (uzupełnić) Producent …………………………………………………… (uzupełnić) |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***Liczba szt.*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość netto*** | ***Stawka podatku VAT***  | ***Wartość brutto*** |
| **UGUL – kabina do ćwiczeń i zawieszeń z przewieszką i drabinką ze sprzętem**  | **1** | **…….zł** | **…….. zł** | **..… %** | **…… zł** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr części zamówienia | **Opis parametru** | **Wartość graniczna / wymagana** | **Uwagi** |
| 1 | **2** | 3 | 4 |
| **Część 11** | **UGUL – kabina do ćwiczeń i zawieszeń z przewieszką i drabinką ze sprzętem** Kabina UGUL do ćwiczeń i zawieszeń przeznaczona jest do stosowania w kinezyterapii indywidualnej z kilkoma pacjentami równocześnie. Stosuje się w niej zawieszenia całkowite, ćwiczenia czynne w odciążeniu oraz czynne z oporem i z zastosowaniem systemu bloczkowo-ciężarkowego. Istnieje możliwość zastosowania wyciągu do pozycji Perschl'a. Konstrukcja stalowa pokryta farbą odporną na zmywanie i dezynfekcję. Dane techniczne:- Długość: 200 cm +-5 cm- Szerokość: 200 cm +-5 cm - Wysokość: 203 cm +-5 cm Osprzęt umożliwia podwieszenie całkowite, ćwiczenia czynne w odciążeniu oraz czynne z oporem.W skład zestawu wchodzi:Linka dł. 1600 mm 8szt.Linka dł. 960 mm 6 szt.Linka dł. 2450 mm 1 szt.Linka dł. 5720 mm 1 szt.Linka dł. 3750 mm 3 szt.Podwieszka przedr. i podudzi 420x100 4 szt.Podwieszka ud i ramion 540x135 4 szt.Podwieszka pod miednicę 730x230 2 szt.Podwieszka klatki piersiowej 675x225 1 szt.Podwieszka pod głowę 150x530 1 szt.Podwieszka stóp 75x610 4 szt.Podwieszka dwustawowa (Pelota 160x80 pas 40x135) 4 szt.Pas do wyciągu za miednicę 1330x170 1 szt.Kamaszek 135x170 1 szt.Ciężarek miękki 0,5 kg 2 szt.Ciężarek miękki 1,0 kg 2 szt.Ciężarek miękki 1,5 kg 2 szt.Ciężarek miękki 2,0 kg 2 szt.Ciężarek miękki 2,5 kg 2 szt.Ciężarek miękki 3,0 kg 1 szt.Esik 30 szt. | TAK |  |

**Oferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania wynikające z ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 186 ze zm.) i został dopuszczony do obrotu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.**

**Oferowany przedmiot zamówienia posiada Deklarację Zgodności.**

**Sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.**

*Miejscowość, dnia ………………………………….*

……………………………………………………………………………………

podpis elektroniczny kwalifikowany

lub podpis zaufany lub osobisty

osoby/-ób uprawnionej/-ych

do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika

**Część 12**

|  |
| --- |
| Sprzęt fabrycznie nowy, nie rekondycjonowany, nie powystawowy, Rok produkcji nie starszy niż 2021r. Nazwa handlowa …………………………………………………………………….…….(uzupełnić)Model lub typ …………………………………………………… (uzupełnić) Producent …………………………………………………… (uzupełnić) |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***Liczba szt.*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość netto*** | ***Stawka podatku VAT***  | ***Wartość brutto*** |
| **Stół regulowany elektrycznie do ćwiczeń metoda Bobath i Vojta**  | **1** | **…….zł** | **…….. zł** | **..… %** | **…… zł** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr części zamówienia | **Opis parametru** | **Wartość graniczna / wymagana** | **Uwagi** |
| 1 | **2** | 3 | 4 |
| **Część 12** | **Stół regulowany elektrycznie do ćwiczeń metoda Bobath i Vojta** Stół rehabilitacyjny do terapii dzieci metodą Bobath lub Vojty. Stabilna konstrukcja. Stół regulowany jest elektrycznie za pomocą pilota ręcznego. Szerokości stołu 90 cm – 120 cm. Leże stołu wypełnione pianką o grubości min. 5 cm.• pilot ręczny do regulacji wysokości• obciążenie maksymalne do co najmniej 150 kg• uchwyty na pasy stabilizacyjne• wykonanie z materiału odpornego na mycie i dezynfekcję | TAK |  |

**Oferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania wynikające z ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 186 ze zm.) i został dopuszczony do obrotu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.**

**Oferowany przedmiot zamówienia posiada Deklarację Zgodności.**

**Sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.**

*Miejscowość, dnia ………………………………….*

……………………………………………………………………………………

podpis elektroniczny kwalifikowany

lub podpis zaufany lub osobisty

osoby/-ób uprawnionej/-ych

do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika

**Część 13**

|  |
| --- |
| Sprzęt fabrycznie nowy, nie rekondycjonowany, nie powystawowy, Rok produkcji nie starszy niż 2021r. Nazwa handlowa …………………………………………………………………….…….(uzupełnić)Model lub typ …………………………………………………… (uzupełnić) Producent …………………………………………………… (uzupełnić) |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***Liczba szt.*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość netto*** | ***Stawka podatku VAT***  | ***Wartość brutto*** |
| **Stół rehabilitacyjny z hydrauliczną zmianą wysokości** | **1** | **…….zł** | **…….. zł** | **..… %** | **…… zł** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr części zamówienia | **Opis parametru** | **Wartość graniczna / wymagana** | **Uwagi** |
| 1 | **2** | 3 | 4 |
| **Część 13** | **Stół rehabilitacyjny z hydrauliczną zmianą wysokości**Stół rehabilitacyjny 2 sekcyjny z hydrauliczną zmianą wysokości leżyska.Unoszony siłownikiem hydraulicznym sterowany dźwigniami nożnymi po obu stronach stołu na wysokość od 47 do 95 cm (minimalny wymagany zakres) Kąt pochylenia zagłówka regulowany za pomocą sprężyny gazowej od – 75 stopni do +40 stopni (minimalny wymagany zakres). Wyposażenie: • Leżysko dwusegmentowe• Otwór w zagłówku • Zagłówek regulowany przy pomocy sprężyny gazowej• Wysokość regulowana hydraulicznie za pomocą pedału nożnego umieszczonego po dwóch stornach stołu 45- 95 cm• Długość 195 cm – 202 cm• Szerokość 64 cm - 68 cm• Konstrukcja i tapicerka wykonanie z materiału odpornego na mycie i dezynfekcję | TAK |  |

**Oferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania wynikające z ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 186 ze zm.) i został dopuszczony do obrotu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.**

**Oferowany przedmiot zamówienia posiada Deklarację Zgodności.**

**Sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.**

*Miejscowość, dnia ………………………………….*

……………………………………………………………………………………

podpis elektroniczny kwalifikowany

lub podpis zaufany lub osobisty

osoby/-ób uprawnionej/-ych

do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika

**Część 14**

|  |
| --- |
| Sprzęt fabrycznie nowy, nie rekondycjonowany, nie powystawowy, Rok produkcji nie starszy niż 2021r. Nazwa handlowa …………………………………………………………………….…….(uzupełnić)Model lub typ …………………………………………………… (uzupełnić) Producent …………………………………………………… (uzupełnić) |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***Liczba szt.*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość netto*** | ***Stawka podatku VAT***  | ***Wartość brutto*** |
| **Stół pionizacyjny** | **1** | **…….zł** | **…….. zł** | **..… %** | **…… zł** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr części zamówienia | **Opis parametru** | **Wartość graniczna / wymagana** | **Uwagi** |
| 1 | **2** | 3 | 4 |
| **Część 14** | **Stół pionizacyjny**Stała wysokość leżyska, jednosegmentowy blat stołu. Zmiana kąta pochylenia leżyska przy pomocy siłownika elektrycznego, sterowanego pilotem ręcznym. Wyposażenie standardowe: 3 płócienne pasy stabilizujące (klatka piersiowa, biodra, nogi), na szynach zamontowane są uchwyty. Wykonanie z materiału odpornego na mycie i dezynfekcję.Dane techniczne:• leżysko długość: 1500 – 2100, +50mm, szerokość 690 mm – 750 mm, +50mm• wysokość stołu 530 - 720 mm• kąt pochylenia leżyska 0 ÷ 90 stopni• dopuszczalne obciążenie co najmniej 200 kg• masa max. 75 kg. | TAK |  |

**Oferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania wynikające z ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 186 ze zm.) i został dopuszczony do obrotu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.**

**Oferowany przedmiot zamówienia posiada Deklarację Zgodności.**

**Sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.**

*Miejscowość, dnia ………………………………….*

……………………………………………………………………………………

podpis elektroniczny kwalifikowany

lub podpis zaufany lub osobisty

osoby/-ób uprawnionej/-ych

do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika

**Część 15**

|  |
| --- |
| Sprzęt fabrycznie nowy, nie rekondycjonowany, nie powystawowy, Rok produkcji nie starszy niż 2021r. Nazwa handlowa …………………………………………………………………….…….(uzupełnić)Model lub typ …………………………………………………… (uzupełnić) Producent …………………………………………………… (uzupełnić) |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***Liczba szt.*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość netto*** | ***Stawka podatku VAT***  | ***Wartość brutto*** |
| **Rotor do ćwiczeń czynnych i biernych rąk i nóg** | **1** | **…….zł** | **…….. zł** | **..… %** | **…… zł** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr części zamówienia | **Opis parametru** | **Wartość graniczna / wymagana** | **Uwagi** |
| 1 | **2** | 3 | 4 |
| **Część 15** | **Rotor do ćwiczeń czynnych i biernych rąk i nóg** Rotor posiada manualną regulację obciążenia oraz ekran LCD pokazujący czas, pokonany dystans i ilość spalonych kalorii. Przeznaczony do ćwiczeń czynnych kończyn górnych oraz dolnych. Zestaw zawiera: mata antypoślizgowa, uchwyty do ćwiczeń rąk oraz pedały na stopy.Waga max. 10 kgWymiary 50x46x38 cm (+-5cm)                        | TAK |  |

**Oferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania wynikające z ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 186 ze zm.) i został dopuszczony do obrotu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.**

**Oferowany przedmiot zamówienia posiada Deklarację Zgodności.**

**Sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.**

*Miejscowość, dnia ………………………………….*

……………………………………………………………………………………

podpis elektroniczny kwalifikowany

lub podpis zaufany lub osobisty

osoby/-ób uprawnionej/-ych

do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika

**Część 16**

|  |
| --- |
| Sprzęt fabrycznie nowy, nie rekondycjonowany, nie powystawowy, Rok produkcji nie starszy niż 2021r. Nazwa handlowa …………………………………………………………………….…….(uzupełnić)Model lub typ …………………………………………………… (uzupełnić) Producent …………………………………………………… (uzupełnić) |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***Liczba szt.*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość netto*** | ***Stawka podatku VAT***  | ***Wartość brutto*** |
| **Zestaw do terapii metodą integracji sensorycznej** | **1** | **…….zł** | **…….. zł** | **..… %** | **…… zł** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr części zamówienia | **Opis parametru** | **Wartość graniczna / wymagana** | **Uwagi** |
| 1 | **2** | 3 | 4 |
| **Część 16** | **Zestaw do terapii metodą integracji sensorycznej**Zestaw do terapii metodą integracji sensorycznej jest zbiorem urządzeń i przyrządów zapewniających terapeucie stworzenie środowiska do skutecznej terapii.Zawartość pakietu:• zawieszenie z zawiesiami (min. 6 haków) • platforma wisząca - PW-1,• huśtawka terapeutyczna HT-1,• huśtawka "T" HTT-1,• konik KN - 1,• hamak terapeutyczny HK-1,• helikopter HR-1,• deska do ćwiczeń równoważnych RW-1,• deska rotacyjna DR-1,• trampolina TP-1,• deskorolka DK-1,• beczka BA-1,• materace składane - MRS-01 - 3 szt.,• klin KR-30,• gruszka rehabilitacyjna GR-1,• piłki do stymulacji sensoryczne - 5 szt.,• piłki gimnastyczne - 2 szt.Długość: 292 cm +-15cmWysokość 242 cm +-15cmSzerokość 352 cm +-15cm | TAK |  |

**Oferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania wynikające z ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 186 ze zm.) i został dopuszczony do obrotu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.**

**Oferowany przedmiot zamówienia posiada Deklarację Zgodności.**

**Sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.**

*Miejscowość, dnia ………………………………….*

……………………………………………………………………………………

podpis elektroniczny kwalifikowany

lub podpis zaufany lub osobisty

osoby/-ób uprawnionej/-ych

do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika

**Część 17**

|  |
| --- |
| Sprzęt fabrycznie nowy, nie rekondycjonowany, nie powystawowy, Rok produkcji nie starszy niż 2021r. Nazwa handlowa …………………………………………………………………….…….(uzupełnić)Model lub typ …………………………………………………… (uzupełnić) Producent …………………………………………………… (uzupełnić) |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***Liczba szt.*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość netto*** | ***Stawka podatku VAT***  | ***Wartość brutto*** |
| **Materac rehabilitacyjny jednoczęściowy** | **5** | **…….zł** | **…….. zł** | **..… %** | **…… zł** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr części zamówienia | **Opis parametru** | **Wartość graniczna / wymagana** | **Uwagi** |
| 1 | **2** | 3 | 4 |
| **Część 17** | **Materac rehabilitacyjny jednoczęściowy** materac Pokrowiec: materiał z powłoką PCV przeznaczony dla wyrobów medycznych, dzięki czemu jest łatwy w czyszczeniu oraz dezynfekcji:• nie zawiera ftalanów• ognioodporny• odporny na płyny fizjologiczne (krew, mocz, pot) oraz na alkohol• odporny na UV, przez co może być także używany na zewnątrz• odporny na zadrapania• olejoodpornyWypełnienie: średnio twarda pianka poliuretanowa o podwyższonej odporności na odkształcenia. | TAK |  |

**Oferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania wynikające z ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 186 ze zm.) i został dopuszczony do obrotu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.**

**Oferowany przedmiot zamówienia posiada Deklarację Zgodności.**

**Sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.**

*Miejscowość, dnia ………………………………….*

……………………………………………………………………………………

podpis elektroniczny kwalifikowany

lub podpis zaufany lub osobisty

osoby/-ób uprawnionej/-ych

do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika

**Część 18**

|  |
| --- |
| Sprzęt fabrycznie nowy, nie rekondycjonowany, nie powystawowy, Rok produkcji nie starszy niż 2021r. Nazwa handlowa …………………………………………………………………….…….(uzupełnić)Model lub typ …………………………………………………… (uzupełnić) Producent …………………………………………………… (uzupełnić) |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***Liczba szt.*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość netto*** | ***Stawka podatku VAT***  | ***Wartość brutto*** |
| **Materac rehabilitacyjny składany** | **3** | **…….zł** | **…….. zł** | **..… %** | **…… zł** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr części zamówienia | **Opis parametru** | **Wartość graniczna / wymagana** | **Uwagi** |
| 1 | **2** | 3 | 4 |
| **Część 18** | **Materac rehabilitacyjny składany** Materac rehabilitacyjny 3-częściowy - składany z uchwytami.Materiał z którego została wykonana mata jest rozciągliwy, odporny na odkształcenia, z pianki oraz wytrzymały. Powierzchnia zewnętrzna wykonana z materiału odpornego na mycie i dezynfekcję.Wymiary: 5-7 cm Szerokość: 85-88 cmDługość: 195-200 cm | TAK |  |

**Oferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania wynikające z ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 186 ze zm.) i został dopuszczony do obrotu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.**

**Oferowany przedmiot zamówienia posiada Deklarację Zgodności.**

**Sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.**

*Miejscowość, dnia ………………………………….*

……………………………………………………………………………………

podpis elektroniczny kwalifikowany

lub podpis zaufany lub osobisty

osoby/-ób uprawnionej/-ych

do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika

**Część 19**

|  |
| --- |
| Sprzęt fabrycznie nowy, nie rekondycjonowany, nie powystawowy, Rok produkcji nie starszy niż 2021r. Nazwa handlowa …………………………………………………………………….…….(uzupełnić)Model lub typ …………………………………………………… (uzupełnić) Producent …………………………………………………… (uzupełnić) |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***Liczba szt.*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość netto*** | ***Stawka podatku VAT***  | ***Wartość brutto*** |
| **Podnośnik transportowo - kąpielowy**  | **4** | **…….zł** | **…….. zł** | **..… %** | **…… zł** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr części zamówienia | **Opis parametru** | **Wartość graniczna / wymagana** | **Uwagi** |
| 1 | **2** | 3 | 4 |
| **Część 19** | **Podnośnik transportowo - kąpielowy** Cechy produktu:• Solidna konstrukcja umożliwiająca udźwig co najmniej do 150 kg • W komplecie 3 nosidła (siedziska),• Nosidło M (40-90kg ), L ( 70-120 kg), XL (100-200 kg)• Podnośnik działa automatycznie sterowany za pomocą na pilota,• Konstrukcja umożliwia łatwe i szybkie składanie do transportu bez używania jakichkolwiek narzędzi,• Wyposażony w 4 kółka z czego 2 z blokadą,• Rama jezdna jest ruchoma i umożliwia płynną regulację rozstawu dla osiągnięcia maksymalnej stabilności.• Podnośnik wyposażony w przycisk awaryjny.• Zawieszka z zagłówkiem wykonana z trwałego materiału przepuszczającego wodę - szybkoschnący.• Konstrukcja podnośnika umożliwia podnoszenie pacjentów np z łóżka, z wózka. | TAK |  |

**Oferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania wynikające z ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 186 ze zm.) i został dopuszczony do obrotu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.**

**Oferowany przedmiot zamówienia posiada Deklarację Zgodności.**

**Sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.**

*Miejscowość, dnia ………………………………….*

……………………………………………………………………………………

podpis elektroniczny kwalifikowany

lub podpis zaufany lub osobisty

osoby/-ób uprawnionej/-ych

do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika