**Załącznik nr 8 do SWZ**

Nr sprawy 3/2021

# FORMULARZ CENOWY

**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 300W 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: 93% (+/- 3%) • Poziom hałasu: nie przekracza 40dB | 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 bezobsługowy  Przenośny Koncentrator Tlenu + Akcesoria  Dane techniczne: - Wylot powietrza regulowany od 1L do 6L  Przepływ ciągły 0,5 - 3 l/min (wzrost co 0,5 l/min) Przepływ pulsacyjny 1 - 6 - Stężenie o2: - 90% +/- 3% (1 L /min) - 75% +/- 3% (2 L /min) - 60% +/- 3% (3 L /min) - 45% +/- 3% (4 L /min) - 40% +/- 3% (5 L /min) - 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 40 dB - 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 min Zestaw 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: 0 - 27 l/min  Ciśnienie: 50 - 550 mmHg  Pojemnik: 800 ml - 1200 ml z zaworem pływakowym, z możliwością sterylizacji  Zasilanie sieciowe ~230V, 50/60 Hz  Przewód zasilający o długości min. 3 m  Praca ciągła 24 godziny na dobę  Poziom hałasu podczas pracy max. 56 dBA  Masa max. 6 kg.  Zasilanie sieciowe, lub 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’’ – 10’’ z prezentacją na ekranie monitora krzywych dynamicznych oraz wartości cyfrowych. Różne konfiguracje ekranu: duże cyfry, parametry, trendy. - kardiomonitor z torbą transportową  - 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. - funkcja opaski uciskowej. - 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: 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. • Tryb oszczędzania energii automatyczne wyłączenie: po upływie 30 s. – 45 s. • Funkcja alarmu w wypadku podwyższonej temperatury ciała • Zasilanie: bateryjne. • Waga: max 80 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 µm. • Tempo nebulizacji: 0,2 ml / min – 0,5 ml / min. • Pojemność zbiornika na lek: 2 ml - 12 ml • Głośność pracy urządzenia: max 58 dB. • Waga: do 1,5 kg z akcesoriami • Wytwarzanie aerozolu: ok. 0,25 ml • Inhalator umożliwia przeprowadzenie inhalacji dla dzieci Wyposażenie  • 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  • Wysięgik z uchwytem dla pacjenta  • Możliwość ustawienia pozycji anty – Trendelenburga, pomocnej w fazie wczesnej pionizacji    Zawieszenia leża na minimalnej wysokości 33 cm.    Dane techniczne:  • Wymiary wewnętrzne łóżka (materaca): 90 x 200 cm  • Wymiary zewnętrzne łóżka: max 105 x 220 cm  • Zakres regulacji wysokości łoża: 33 - 80 cm  • Kąt nachylenia zagłówka do 83 stopni  • Kąt nachylenia sekcji udowej do 20 stopni  • Maksymalna waga pacjenta: co najmniej 145 kg  • Maksymalny udźwg całkowity : co najmniej 175 kg  • Wysokość zabezpieczenia barierkami: min. 38 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 cm  Szerokość: 70 cm +2 cm  Wysokość: możliwość regulacji min. 55 cm - 75 cm  Regulacja 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 (+-5cm). Leże stołu wypełnione pianką o grubości min. 5 cm.  • pilot ręczny do regulacji wysokości  • obciążenie maksymalne do co najmniej 160 kg  • wycięcie na twarz z zatyczką  • 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 45 do 95 cm  Kąt pochylenia zagłówka regulowany za pomocą sprężyny gazowej od – 80 stopni do +45 stopni.  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  • Szerokość 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 (1500 – 2100) x 750 mm; +50mm  • wysokość stołu min. 720 mm  • kąt pochylenia leżyska 0 ÷ 90 stopni  • dopuszczalne obciążenie co najmniej 200 kg  • masa max. 70 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 kg  Wymiary 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 +-15cm  Wysokość 242 cm +-15cm  Szerokość 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  • olejoodporny  Wypełnienie: 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 cm  Długość: 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