***Załącznik nr 6 do SIWZ***

FORMULARZ ZESTAWIENIA PARAMETRÓW

**Fotel ginekologiczno-zabiegowy**

LICZBA SZTUK – 2

***UWAGA !*** Jeżeli oferowany przedmiot zamówienia posiada dany parametr/funkcję zgodną z żądaną przez zamawiającego w poniższej tabeli – wykonawca wpisuje “TAK“ w kolumnie “Wartość oferowana“.

Jeżeli wykonawca oferuje przedmiot zamówienia o parametrach/funkcjach innych niż opisane poniżej, ale dopuszczonych przez Zamawiającego pismem z dnia 18.12.2019 roku, wykonawca postępuje zgodnie z instrukcją zawartą pod tabelą.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis parametrów | Parametr**wymagany** | Parametr**oferowany** |  Modyfikacja  |
|  | Konstrukcja oparta na pojedynczej kolumnie obudowanej tworzywową osłona | TAK |  |  |
|  | Podstawa fotela zabudowana z jednolitej wyprofilowanej płyty tworzywowej. | TAK |  |  |
|  | Fotel o wymiarach leża: szer. 630 mm (+/- 30 mm), dł. 1750 mm (+/- 30 mm). Regulacja elektryczna wysokości w zakresie od 520 do 1150 mm +/-20 mm. | TAK |  |  |
|  | Regulacja elektryczna oparcia pleców w zakresie od – 12° do + 50° +/- 5°. | TAK |  |  |
|  |  Regulacja elektryczna siedziska w zakresie od + 5 do + 15 +/-2° | TAK |  |  |
|  | Regulacja elektryczna podkolanników w zakresie od – 15 do + 20 +/- 5°. | TAK |  |  |
|  | Regulacje elektryczne za pomocą: pilot elektryczny wyposażony w przycisk zatrzymujący regulację fotela do zaprogramowanej pozycji, panel sterowania nożnego wbudowany w podstawę fotela: regulacja wysokości oraz kąta nachylenia pleców i podnóżków | TAK |  |  |
|  | Regulacja elektryczna wysuwania i chowania podwozia fotela. | TAK |  |  |
|  | Fotel posiada możliwość łatwego przemieszczania przez jedną osobę. | TAK |  |  |
|  | Maksymalne obciążenie min. 210 kg | TAK |  |  |
|  | Regulacje elektryczne uzyskiwane z pilota ręcznego oraz pilota nożnego zintegrowanego z fotelem, wbudowanego w podstawę fotela. | TAK |  |  |
| **12** | Możliwość ustawienia fotela za pomocą jednego przycisku na pilocie do pozycji: do wejścia na fotel, pozycji zabiegowej, pozycji badania USG, pozycji antyszokowej | TAK |  |  |
| **13** | Możliwość zaprogramowania 3 dowolnych ustawień dla 3 operatorów za pomocą pilota przewodowego. | TAK |  |  |
| **14** | Czytelne oznakowanie, jaka konfiguracja jest aktualnie używana. | TAK |  |  |
| **15** | Jednorazowe naciśnięcie przycisku zaprogramowanej pozycji powoduje automatyczną zmianę pozycji. | TAK |  |  |
| **16** | Uchwyt prześcieradła papierowego umieszczony w pojemniku pod segmentem pleców. | TAK |  |  |
| **17** | Fotel wyposażony w podnóżki z możliwością wyboru: podporami pod stopy wraz z podkolannikami, umożliwiające pełne podparcie nóg w pozycji horyzontalnej, podpórki z zintegrowanymi uchwytami na dłonie lub podnóżki typu goeple. | TAK |  |  |
| **18** | Regulacja w pionie elektryczna za pomocą pilota elektrycznego. | TAK |  |  |
| **19** | Regulacja w poziomie manualna, regulacja pozioma jednej podpórki powoduje synchroniczny ruch drugiej, możliwość zablokowania regulacji w poziomie oraz ustawienia oporu. | TAK |  |  |
| **20** | Podnóżki tapicerowane w kolorze leża | TAK |  |  |
| **21** | Funkcja bezpieczeństwa zatrzymująca regulacje elektryczne w przypadku osadzenia fotela na nie wypoziomowanej powierzchni. | TAK |  |  |
| **22** | Fotel wyposażony w: miska tworzywowa z możliwością schowania pod siedziskiem, zintegrowana z fotelem podpora pod stopy operatora, podgłówek dla pacjentki | TAK |  |  |
| **23** | Gwarancja na cały system min. 24 miesiące. | TAK |  |  |
| **24** | Czas reakcji na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji max. 48 godzin (dotyczy dni roboczych). | TAK |  |  |
| **25** | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi w miejscu instalacji. | TAK |  |  |
| **26** | Certyfikat CE  | TAK |  |  |
| **27** | Instrukcja obsługi w wersji papierowej (2 sztuki) w języku polskim oraz w wersji elektronicznej w języku polskim i angielskim | TAK |  |  |
| **28** | Serwis producenta (autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny). | TAK |  |  |
| **29** | Fotel fabrycznie nowy – rok produkcji 2019 | TAK |  |  |

***UWAGA !*** Jeżeli wykonawca oferuje przedmiot zamówienia, który posiada parametry/funkcje inne niż opisane powyżej, ale dopuszczone przez Zamawiającego zgodnie z pismem z dnia 18.12.2019 roku, wykonawca:

1. zaznacza w tabeli powyżej znak “x“ w kolumnie “Modyfikacja“ przy parametrze/funkcji, które oferuje zgodnie z modyfikacją z pisma z dnia 18.12.2019 roku,
2. wpisuje w tabeli poniżej opis oferowanego parametru/funkcji,
3. wpisuje w tabeli poniżej numer odpowiedzi, w której Zamawiający dopuścił ten parametr/funkcję (zgodnie z pismem z dnia 18.12.2019 roku).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | OPIS OFEROWANEGO PRZEZ WYKONAWCĘ PARAMETRU/FUNKCJI | NUMER ODPOWIEDZI Z PISMA ZAMAWIAJĄCEGO Z DNIA 18.12.2019 ROKU |
| 1. |  |  |

Oświadczam, że oferowany wyrób spełnia ww. parametry i funkcje.