|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania graniczne** | **Odpowiedź „TAK” lub wymagana informacja (wg kolumny „wymagania graniczne”)** |
|  | Konstrukcja stalowa pokryta lakierem epoksydowym | Tak |  |
|  | Koła tylne o śr. 300 mm ± 10 mm z hamulcem centralnym uruchamianym przez personel | Tak |  |
|  | Obrotowe przednie koła o śr. 125 mm ± 5 mm | Tak |  |
|  | Siedzisko i oparcie tapicerowane materiałem odpornym na dezynfekcję. Materace piankowe o grubości min. 5 cm | Tak, podać |  |
|  | Minimum 3 kolory do wyboru przez Zamawiającego  | Tak |  |
|  | Wymiary siedziska oraz oparcia 45x45 cm ±5cm | Tak |  |
|  | Wysokość siedziska od podłogi 50 cm ±5cm | Tak |  |
|  | Wymiary całkowite [dł. x szer. x wys.] nie przekraczające 105x80x100 cm. |  |  |
|  | Wózek wyposażony w wysuwany podnóżek z blokadą | Tak |  |
|  | Wózek wyposażony w poliuretanowe uchylne podłokietniki składane do wysokości oparcia, ułatwiające wchodzenie i schodzenie z wózka | Tak |  |
|  | Wózek wyposażony w uchwyt kroplówki oraz dwie pojedyncze rączki pokryte materiałem antypoślizgowym ułatwiającym łatwy chwyt wózka i jrgo prowadzenie. Raczki umiejscowione za oparciem,  | Tak |  |
|  | Pod siedzeniem wyjmowana tworzywowa półka na drobne rzeczy pacjenta  | Tak |  |
|  | Waga wózka max. 35 kg | Tak, podać |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie min. 200 kg | Tak, podać |  |
|  | Możliwość koszowego składowania (ustawiania) wózków jeden w drugi | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności oraz Wpis lub zgłoszenie do URWMiPB | TAK, (załączyć) |  |
|  | Instrukcje obsługi w języku polskim w formie elektronicznej i drukowanej (z dostawą) | TAK |  |
|  | Instruktaż personelu medycznego z zasad eksploatacji i obsługi urządzenia w miejscu użytkowania sprzętu potwierdzone protokołem odbioru i listą osób przeszkolonych  | TAK |  |
|  | Okres udzielonej gwarancji min. 24 m-ce | TAK, podać | Dodatkowy okres gwarancji ponad minimalny. Należy podać w formularzu ofertowym. |

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW TECHNICZNYCH**

Przedmiot:  **Wózek inwalidzki**

Nazwa i typ:

Producent:

Rok produkcji: