**EZ/219/2022/EK**

**Załącznik nr 2.3 do SWZ**

(Załącznik nr ….. do umowy)

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**(wymagane minimalne parametry techniczno-funkcjonalne)**

**Pakiet nr 3 – Fotel okulistyczny – 2 sztuki**

**Producent**  ........................................................................................................

**Nazwa-model/typ** ............................................................................................

**Kraj pochodzenia** .............................................................................................

**Rok produkcji** **min. 2022 r**...............................................................................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru wymaganego/ granicznego** | | | **Wartość wymagana / graniczna** | **Wartość oferowana**  **(podać / opisać)** |
|  | Fotel wolnostojący, do badań okulistycznych | | | TAK |  |
|  | wygodne siedzisko ze składanymi podłokietnikami i podnóżkiem | | | TAK |  |
|  | praktyczny przełącznik nożny dający możliwość regulacji wysokości fotela | | | TAK |  |
|  | wbudowany system uchyłu | | | TAK |  |
|  | solidna metalowa z podstawa z gumowymi stoperami zapewniająca stabilność i bezpieczeństwo | | | TAK |  |
|  | możliwość wyboru różnych kolorów tapicerki | | | TAK |  |
|  | zakres regulacji wysokości fotela: 200 mm | | | TAK |  |
|  | maksymalny kąt uchyłu fotela: 33% | | | TAK |  |
|  | maksymalny udźwig: 150 kg | | | TAK |  |
|  | waga całkowita: 75 kg | | | TAK |  |
|  | wymiary urządzenia (długość x szerokość x wysokość): 96/131x62x130x/150 cm (+/- 2 %) | | | TAK |  |
|  | napięcie zasilania sieciowego: ~230V lub ~110/115V | | | TAK |  |
| **Pozostałe warunki** | | | | | |
| **13.** | | Instrukcja obsługi w języku polskim *(załączyć wraz z dostawą sprzętu)* | TAK | |  |
| **14.** | | Karta gwarancyjna *(załączyć wraz z dostawą sprzętu)* | TAK | |  |
| **15.** | | Okres gwarancji minimum 24 miesiące licząc od dnia wydania Zamawiającemu towaru zgodnego z umową. | Dodatkowy okres gwarancji ponad minimalny należy podać w formularzu ofertowym | | *Dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt.36 SWZ.* |

**Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny prowadzi……………………………………...……....... (uzupełnić)**

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – nie spełnienie nawet jednego z w/w parametrów spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane, urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.