**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**PAKIET 1 – Wózek do przewożenia chorych – 1 SZTUKA**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Nazwa Producenta …………………………

Nazwa/Typ Urządzenia ………………...............

Kraj pochodzenia ………………...............

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/****Odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Wózek transportowy 2 segmentowy, fabrycznie nowy, rok produkcji 2018 | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Blat wózka 2segmentowy, segmenty tapicerowane, min. 1 ruchomy | TAK | TAK/NIE\*, podać………….. |
|  | Długość 2200mm (+/-20mm) | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Szerokość wózka 740mm (+/-20mm)Szerokość leża 650mm  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Długość segmentu pleców 660mm (+/-20mm) | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Regulacja segmentu pleców w zakresie -25° do +60° (+/-5°) | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Regulacja segmentu pleców za pomocą sprężyny gazowej | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Hydrauliczna regulacja wysokości w zakresie 550mm - 960mm (+/-20mm) | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Regulacja wysokości za pomocą dźwigni nożnych umieszczonych z dwóch stron  | TAK | TAK/NIE\*  |
|  | Koła o średnicy 125mm z centralnym systemem blokowania, dźwignie hamulca dostępne przy każdym narożniku | TAK | TAK/NIE\*  |
|  | Tworzywowa osłona podstawy  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Krążki odbojowe zabezpieczające wózek, ściany i futryny przed obiciem, w każdym rogu | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Od strony głowy i nóg metalowe uchwyty do prowadzenia wózka, będące jednocześnie szczytami | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Blat wózka oparty na dwóch punktach podparcia. Konstrukcja metalowa w kolorze siwym | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Antystatyczna tapicerka w kolorze czarnym | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Bezpieczne obciążenie robocze min 240kg | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wózek wyposażony w metalowe, chromowane barierki, zabezpieczające na 3/4 długości leża, składane wzdłuż ramy leża, nie poszerzające wózka po złożeniu. Mechanizm zwalniający blokadę barierki w postaci 1 przycisku. Przycisk zabezpieczony metalową osłoną przed uszkodzeniem.  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Mechanizm zwalniający barierkę boczną w metalowej osłonie przed uderzeniami | TAK | TAK/NIE\* |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

**UWAGI:**

1. W kolumnie „Odpowiedź Wykonawcy” w pozycjach TAK/NIE\* zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów.
2. Do dostawy Wykonawca jest zobowiązany dołączyć wszystkie akcesoria potrzebne do sprawdzenia wszystkich wymaganych przez Zamawiającego funkcji dla wszystkich kategorii wiekowych
* Oświadczamy, iż zaoferowany przedmiot zamówienia spełnia warunki opisane w specyfikacji istotnych warunków zamówienia (SIWZ) oraz posiada parametry opisane w Opisie Przedmiotu Zamówienia
* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
* Oświadczamy iż dostarczymy na swój koszt materiały potrzeba do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

 ........................................................................

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**PAKIET 2 – Lampa bezcieniowa podsufitowa – 1 SZTUKA**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Nazwa Producenta …………………………

Nazwa/Typ Urządzenia ………………...............

Kraj pochodzenia ………………...............

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/****Odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2018 | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Lampa zabiegowa bezcieniowa mocowana do sufitu ze źródłem światła LED | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Oś obrotu lampy 360 stopni | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Diody LED w kolorze białym  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Kopuła lampy nie powodująca wzrostu temperatury na czaszy lampy | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Natężenia światła lampy w odległości 1m od czoła lampy min. 60 000 lux | TAK | TAK/NIE\*, podać………….. |
|  | Lampa wyposażona w 9 (+/-1) źródeł światła LED | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Żywotność żarówki min. 50 000 godzin | TAK | TAK/NIE\*, podać………….. |
|  | Temperatura barwowa dla lampy min. 4500 [K] | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Współczynnik oddawania barwy R9 co najmniej 96 | TAK | TAK/NIE\*, podać………….. |
|  | Współczynnik oddawania barw Ra co najmniej 96 | TAK | TAK/NIE\*, podać………….. |
|  | Odporna na promienie UV, wilgoć, środki dezynfekcyjne, | TAK | TAK/NIE\* |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

**UWAGI:**

1. W kolumnie „Odpowiedź Wykonawcy” w pozycjach TAK/NIE\* zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów.
2. Do dostawy Wykonawca jest zobowiązany dołączyć wszystkie akcesoria potrzebne do sprawdzenia wszystkich wymaganych przez Zamawiającego funkcji dla wszystkich kategorii wiekowych
* Oświadczamy, iż zaoferowany przedmiot zamówienia spełnia warunki opisane w specyfikacji istotnych warunków zamówienia (SIWZ) oraz posiada parametry opisane w Opisie Przedmiotu Zamówienia
* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
* Oświadczamy iż dostarczymy na swój koszt materiały potrzeba do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

 ........................................................................

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**PAKIET 3 – Wózek leżący z zabezpieczeniami z regulowaną wysokością – 1 SZTUKA**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Nazwa Producenta …………………………

Nazwa/Typ Urządzenia ………………...............

Kraj pochodzenia ………………...............

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/****Odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Wózek fabrycznie nowy, rok produkcji 2018 | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Konstrukcja wózka – metalowa malowana proszkowo  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Długość 2020 mm ( +/- 50 mm )  | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Szerokość 730 mm ( +/- 50 mm )  | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Wymiary leża : 1950 x 600 mm ( +/- 20 mm )  | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Regulacja wysokości leża hydrauliczna w zakresie od 620 do 940 mm ( +/- 20 mm ) za pomocą obustronnej dźwigni nożnej  | TAK | TAK/NIE\*, podać………….. |
|  | Regulacja pozycji Trendelenburga ok. 18 st. i anty – Trendelenburga ok. 10 st. Za pomocą sprężyny gazowej z blokadą  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Leże dwuczęściowe pokryte odejmowanym materacem o gr. Min. 30 mm  | TAK | TAK/NIE\*, podać………….. |
|  | Leże zabezpieczone przed uderzeniami za pomocą 4 krążków odbojowych  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wózek wyposażony w chromowane barierki boczne  | TAK | TAK/NIE\*,  |
|  | Regulacja segmentu pleców do 65 st. Za pomocą sprężyny gazowej  | TAK | TAK/NIE\*, podać………….. |
|  | Pod leżem tunel na kasetę RTG  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Podstawa z metalowym koszem na podręczne rzeczy pacjenta oraz uchwyt na butle z tlenem  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | 4 koła jezdne o średnicy 150mm, wykonane z tworzywa z blokada centralną i kierunkową. Dźwignie blokady oznaczony kolorystycznie | TAK | TAK/NIE\* |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

**UWAGI:**

1. W kolumnie „Odpowiedź Wykonawcy” w pozycjach TAK/NIE\* zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów.
2. Do dostawy Wykonawca jest zobowiązany dołączyć wszystkie akcesoria potrzebne do sprawdzenia wszystkich wymaganych przez Zamawiającego funkcji dla wszystkich kategorii wiekowych
* Oświadczamy, iż zaoferowany przedmiot zamówienia spełnia warunki opisane w specyfikacji istotnych warunków zamówienia (SIWZ) oraz posiada parametry opisane w Opisie Przedmiotu Zamówienia
* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
* Oświadczamy iż dostarczymy na swój koszt materiały potrzeba do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

 ........................................................................

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**PAKIET 4 – Wózek do transportu potraw– 1 SZTUKA**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Nazwa Producenta …………………………

Nazwa/Typ Urządzenia ………………...............

Kraj pochodzenia ………………...............

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/****Odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Wózek fabrycznie nowy, rok produkcji 2018 | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wózek transportowy wykonany w całości ze stali kwasoodpornej gat. 0H18N9 | TAK | TAK/NIE\* |
|  | 2xblat blat w formie wyjmowanych 2 tacy | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wyposażony w koła o średnicy min. 125 mm (szare), w tym dwa z blokadą. | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Wymiary całkowite: min. 1400x700x900 mm [szerokość x głębokość x wysokość] | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Wymiary blatu (2 tace): min. 1300x700 mm  | TAK | TAK/NIE\*, podać………….. |
|  | Wymiary powierzchni użytkowej tacy: 600x640x20 mm [szerokość x głębokość x wysokość] | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

**UWAGI:**

1. W kolumnie „Odpowiedź Wykonawcy” w pozycjach TAK/NIE\* zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów.
2. Do dostawy Wykonawca jest zobowiązany dołączyć wszystkie akcesoria potrzebne do sprawdzenia wszystkich wymaganych przez Zamawiającego funkcji dla wszystkich kategorii wiekowych
* Oświadczamy, iż zaoferowany przedmiot zamówienia spełnia warunki opisane w specyfikacji istotnych warunków zamówienia (SIWZ) oraz posiada parametry opisane w Opisie Przedmiotu Zamówienia
* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
* Oświadczamy iż dostarczymy na swój koszt materiały potrzeba do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

 ........................................................................

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**PAKIET 5 –Wózek na odpady medyczne– 2 SZTUKI**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Nazwa Producenta …………………………

Nazwa/Typ Urządzenia ………………...............

Kraj pochodzenia ………………...............

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/****Odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Wózek fabrycznie nowy, rok produkcji 2018 | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wózek pojedynczy na odpady lub brudną bieliznę – pojemność worka min.60-80l.  | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Wymiary całkowite: min. 380x450x680 mm [szerokość x głębokość x wysokość] | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Wykonany w całości ze stali kwasoodpornej gat. 0H18N9, | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Obręcz wyposażona w klipsy zaciskowe zabezpieczające przed zsunięciem się worka | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Pokrywa ze spowalniaczem cichego opadania, podnoszona pedałem | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wózek wyposażony w koła w obudowie stalowej ocynkowanej o średnicy min. 50 mm, w tym dwa z blokadą | TAK | TAK/NIE\*, podać………….. |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

**UWAGI:**

1. W kolumnie „Odpowiedź Wykonawcy” w pozycjach TAK/NIE\* zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów.
2. Do dostawy Wykonawca jest zobowiązany dołączyć wszystkie akcesoria potrzebne do sprawdzenia wszystkich wymaganych przez Zamawiającego funkcji dla wszystkich kategorii wiekowych
* Oświadczamy, iż zaoferowany przedmiot zamówienia spełnia warunki opisane w specyfikacji istotnych warunków zamówienia (SIWZ) oraz posiada parametry opisane w Opisie Przedmiotu Zamówienia
* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
* Oświadczamy iż dostarczymy na swój koszt materiały potrzeba do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

 ........................................................................

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**PAKIET 6 –** **Wózek zabiegowy z szufladą – 1 SZTUKA**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Nazwa Producenta …………………………

Nazwa/Typ Urządzenia ………………...............

Kraj pochodzenia ………………...............

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/****Odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Wózek fabrycznie nowy, rok produkcji 2018 | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Szafka z 2 szufladami, wysokość frontów szuflad: 2x155 mm (+/- 20 mm) + otwarta przestrzeń na walizkę reanimacyjną 370h mm | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Blat stalowy, z pogłębieniem, otoczony z 3 stron bandami o wysokości min. 50 mm | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Szafka stalowa lakierowana proszkowo, front lakierowany na kolor wg palety RAL | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Prowadnice szuflad z samodociągiem | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Podstawa stalowa z odbojami, wyposażona w koła w obudowie z tworzywa sztucznego o średnicy min. 125 mm, w tym dwa z blokadą | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Wymiary wózka bez wyposażenia opcjonalnego: 650x550x1000 mm (+/- 50 mm) | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Wymiary szafki: 600x500x805 mm [szerokość x głębokość x wysokość] (+/- 50 mm) | TAK | TAK/NIE\*, podać………….. |
|  | Wymiary powierzchni użytkowej szuflady: 525x440x140 mm (+/- 50 mm) | TAK | TAK/NIE\*, podać………….. |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

**UWAGI:**

1. W kolumnie „Odpowiedź Wykonawcy” w pozycjach TAK/NIE\* zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów.
2. Do dostawy Wykonawca jest zobowiązany dołączyć wszystkie akcesoria potrzebne do sprawdzenia wszystkich wymaganych przez Zamawiającego funkcji dla wszystkich kategorii wiekowych
* Oświadczamy, iż zaoferowany przedmiot zamówienia spełnia warunki opisane w specyfikacji istotnych warunków zamówienia (SIWZ) oraz posiada parametry opisane w Opisie Przedmiotu Zamówienia
* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
* Oświadczamy iż dostarczymy na swój koszt materiały potrzeba do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

 ........................................................................

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**PAKIET 7 – Łóżeczka niemowlęce– 6 SZTUK**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Nazwa Producenta …………………………

Nazwa/Typ Urządzenia ………………...............

Kraj pochodzenia ………………...............

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/****Odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Fabrycznie nowe, rok produkcji 2018 | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Konstrukcja łóżka wykonana z profili stalowych pokrytych lakierem proszkowym | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Leże łóżka dwusegmentowe - segmenty leża wypełnione siatką metalową pokrytą lakierem proszkowym | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Ręczna regulacja oparcia pleców w zakresie do 60° | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Łóżko wyposażone w opuszczane poręcze boczne z blokadami uniemożliwiającymi przypadkowe otwarcie. Blokady znajdują się w poręczach bocznych, łatwych w użytkowaniu | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Regulacja wysokości poręczy bocznych w zakresie min. 920-1300mm | TAK | TAK/NIE\*, podać………….. |
|  | **Pozycja Trendelenburga i anty-Trendelenburga** | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Łóżko wyposażone w 4 koła o średnicy min 125 mm z w tym 2 koła z indywidualna blokada jazdy i obrotu | TAK | TAK/NIE\*, podać………….. |
|  | Regulacja leża systemem zaczepowym | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wymiary zewnętrzne dł 1600mm – szer 500mm (+/- 50mm) | TAK | TAK/NIE\*, podać………….. |
|  | Wymiary leża 450mm - 1500mm(+/- 50mm) | TAK | TAK/NIE\*, podać………….. |
|  | Materac w tkaninie nieprzemakalnej oddychającej o wysokości 140 mm +/- 5mm, Wielkość materaca dostosowana do zaproponowanych łóżek. Materac w pokrowcu | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Pokrowiec na materac: Osłona membranowa z poliuretanu i poliestru, z zamkiem wzdłuż dłuższego boku i zakładką zasłaniającą zamek, zmywalna, odporna na środki piorąco-dezynfekujące.  | TAK | TAK/NIE\* |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

**UWAGI:**

1. W kolumnie „Odpowiedź Wykonawcy” w pozycjach TAK/NIE\* zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów.
2. Do dostawy Wykonawca jest zobowiązany dołączyć wszystkie akcesoria potrzebne do sprawdzenia wszystkich wymaganych przez Zamawiającego funkcji dla wszystkich kategorii wiekowych
* Oświadczamy, iż zaoferowany przedmiot zamówienia spełnia warunki opisane w specyfikacji istotnych warunków zamówienia (SIWZ) oraz posiada parametry opisane w Opisie Przedmiotu Zamówienia
* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
* Oświadczamy iż dostarczymy na swój koszt materiały potrzeba do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

 ........................................................................

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**PAKIET 8 – Fotel rozkładany z funkcją spania (dla rodziców)– 6 SZTUK**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Nazwa Producenta …………………………

Nazwa/Typ Urządzenia ………………...............

Kraj pochodzenia ………………...............

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/****Odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Fabrycznie nowy, rok produkcji 2018 | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Rozkładany fotel przeznaczony dla osób towarzyszących chorym w szpitalu | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Powierzchnia przeznaczona do spania min. 180 x 60 cm. | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Szerokość min. 60 cm | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Wysokość min. 86 cm | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Głębokość min. 70 cm | TAK | TAK/NIE\*, podać………….. |
|  | Fotel wyposażony w podłokietniki kompatybilne z całym stelażem. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Leże wyłożone jest pianką poliuretanową pokrytą z zewnątrz materiałem skóropodobnym, odpornym na załamania, ścieranie, przebarwienia. | TAK | TAK/NIE\*, podać………….. |
|  | Rama wykonana ze stali węglowej pokrytej farbą proszkową | TAK | TAK/NIE\* |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

**UWAGI:**

1. W kolumnie „Odpowiedź Wykonawcy” w pozycjach TAK/NIE\* zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów.
2. Do dostawy Wykonawca jest zobowiązany dołączyć wszystkie akcesoria potrzebne do sprawdzenia wszystkich wymaganych przez Zamawiającego funkcji dla wszystkich kategorii wiekowych
* Oświadczamy, iż zaoferowany przedmiot zamówienia spełnia warunki opisane w specyfikacji istotnych warunków zamówienia (SIWZ) oraz posiada parametry opisane w Opisie Przedmiotu Zamówienia
* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
* Oświadczamy iż dostarczymy na swój koszt materiały potrzeba do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

 ........................................................................

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**PAKIET 9 – Stanowisko do pielęgnacji noworodka /niemowlaka (szafka z wanienką + szafka z przewijakiem)– 1 SZTUKA**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Nazwa Producenta …………………………

Nazwa/Typ Urządzenia ………………...............

Kraj pochodzenia ………………...............

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/****Odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Fabrycznie nowy, rok produkcji 2018 | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wanienka z szafką dwudrzwiową oraz stolikiem zabiegowym wyposażonym w szafkę z trzema szufladami. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Stelaż z zamkniętych profili aluminiowych i złączek ABS, anodowany lub lakierowany proszkowo na kolor wg palety RAL. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wypełnienie z płyty meblowej obustronnie laminowanej. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wanienka i blat z laminatu poliestrowo-szklanego, blat monolityczny, wyposażony w materacyk. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Nóżki o wysokości min. 100 mm, z możliwością poziomowania. | TAK | TAK/NIE\*, podać………….. |
|  | Wymiary min. 1500 x 580 x 900 mm. | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Możliwość wyboru koloru przez Zamawiającego z dostępnego wzornika Producenta. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Odporne na promienie UV, wilgoć, środki dezynfekcyjne | TAK | TAK/NIE\* |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

**UWAGI:**

1. W kolumnie „Odpowiedź Wykonawcy” w pozycjach TAK/NIE\* zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów.
2. Do dostawy Wykonawca jest zobowiązany dołączyć wszystkie akcesoria potrzebne do sprawdzenia wszystkich wymaganych przez Zamawiającego funkcji dla wszystkich kategorii wiekowych
* Oświadczamy, iż zaoferowany przedmiot zamówienia spełnia warunki opisane w specyfikacji istotnych warunków zamówienia (SIWZ) oraz posiada parametry opisane w Opisie Przedmiotu Zamówienia
* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
* Oświadczamy iż dostarczymy na swój koszt materiały potrzeba do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

 ........................................................................

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**PAKIET 10 – Szafki przyłóżkowe z ruchomym blatem– 23 SZTUKI**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Nazwa Producenta …………………………

Nazwa/Typ Urządzenia ………………...............

Kraj pochodzenia ………………...............

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/****Odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Fabrycznie nowe, rok produkcji 2018 | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Szafka dwustronna, z możliwością postawienia po obu stronach łóżka z zachowaniem pełnej funkcjonalności.Szkielet szafki wykonany z stali ocynkowanej, lakierowanej proszkowo | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wymiary zewnętrzne szafki:- Wysokość : 98 cm, +/-5 cm- Głębokość : 50 cm, +/-5 cm- Szerokość: 50 cm, +/-5cm- Regulacja wysokości blatu bocznego: 68 – 115 , +/-5 cm- Wymiary blatu bocznego: 35-60, +/- 5cm | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Szafka wyposażona w:- jedną szufladę znajdującą się bezpośrednio pod blatem o wysokości minimum 80mm- półkę wewnątrz szafki , niezamykaną z nieograniczonym dostępem z obu stron szafki- drugą szufladę o wysokości minimum 350mm, szuflada posiadająca uchwyt na min 2 butelki z wodą, - półkę na basen znajdującą się pod korpusem szafki wykonana z metalowej, lakierowanej siatkiObie szuflady gwarantujące nie ograniczony dostęp do dowolnego miejsca w szafce. Szuflady wysuwane na prowadnicach ślizgowych | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Tworzywowe wkłady szuflad z możliwością wyjęcia.Fronty szuflad wykonane z tworzywowych odlewów. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Czoła szuflad wyposażone w uchwyty ułatwiające otwieranie i zamykanie szafki | TAK | TAK/NIE\*,  |
|  | Układ jezdny wysoce mobilny: 4 koła jezdne o średnicy min. 75mm. z elastycznym, niebrudzącym podłóg bieżnikiem | TAK | TAK/NIE\* |
|  | System blokowania i odblokowywania kół szafki na wysokości ręki leżącego pacjenta (na wysokości blatu górnego szafki) gwarantujący możliwość przesuwania i dostępu do szafki bez konieczności opuszczania łóżka. System blokowania i odblokowania wbudowany w konstrukcję szafki, nie powodujący poszerzenia gabarytów szafki z wyraźnym/czytelnym oznaczeniem aktywności / nieaktywności hamulców, z dostępem z dwóch stron szafki za pomocą dwóch zintegrowanych pokręteł. Nie dopuszcza się szafek bez blokady kół lub z indywidualnymi blokadami kół stwarzających ryzyko wypadnięcia pacjenta z łóżka podczas próby odblokowywania lub stwarzających konieczność wzywania personelu do pomocy w tym celu | TAK | TAK/NIE\*,  |
|  | Blat górny i boczny szafki wykonany z płyty HPL, laminowanej charakteryzującej się wysoką odpornością na wilgoć i wysoką temperaturę. | TAK | TAK/NIE\* |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

**UWAGI:**

1. W kolumnie „Odpowiedź Wykonawcy” w pozycjach TAK/NIE\* zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów.
2. Do dostawy Wykonawca jest zobowiązany dołączyć wszystkie akcesoria potrzebne do sprawdzenia wszystkich wymaganych przez Zamawiającego funkcji dla wszystkich kategorii wiekowych
* Oświadczamy, iż zaoferowany przedmiot zamówienia spełnia warunki opisane w specyfikacji istotnych warunków zamówienia (SIWZ) oraz posiada parametry opisane w Opisie Przedmiotu Zamówienia
* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
* Oświadczamy iż dostarczymy na swój koszt materiały potrzeba do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

 ........................................................................

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**PAKIET 11 – Macerator– 1 SZTUKA**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Nazwa Producenta …………………………

Nazwa/Typ Urządzenia ………………...............

Kraj pochodzenia ………………...............

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/****Odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Fabrycznie nowy, rok produkcji 2018 | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Przeznaczony do dekontaminacji i utylizacji jednorazowych kaczek, basenów itp. | TAK | TAK/NIE\* |
|  |  Zasilanie 230V | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Obudowa: konstrukcja ze stali nierdzewnej z otwieraną pokrywą (dopuszczono pokrywę z tworzywa), komora wykonana ze stali nierdzewnej | TAK | TAK/NIE\* |
|  |  Urządzenie przechodzące w stan czuwania "uśpienia" | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Urządzenie wyposażone w czujniki: niedrożności odpływu, niskiego poziomu wody, niskiego poziomu płynu antybakteryjno- dezodoryzującego, zaistniałych usterek, prędkości wirnika | TAK | TAK/NIE\*,  |
|  |  Dozownik płynu antybakteryjno- dezodoryzującego | TAK | TAK/NIE\* |
|  |  Wymiary urządzenia, szerokość 40-45cm, wysokość 90-95cm, głębokość 50-55cm | TAK | TAK/NIE\*, podać………….. |
|  |  Maksymalny czas 1 cyklu: 120 sekund | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

**UWAGI:**

1. W kolumnie „Odpowiedź Wykonawcy” w pozycjach TAK/NIE\* zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów.
2. Do dostawy Wykonawca jest zobowiązany dołączyć wszystkie akcesoria potrzebne do sprawdzenia wszystkich wymaganych przez Zamawiającego funkcji dla wszystkich kategorii wiekowych
* Oświadczamy, iż zaoferowany przedmiot zamówienia spełnia warunki opisane w specyfikacji istotnych warunków zamówienia (SIWZ) oraz posiada parametry opisane w Opisie Przedmiotu Zamówienia
* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
* Oświadczamy iż dostarczymy na swój koszt materiały potrzeba do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

 ........................................................................

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**PAKIET 12 – Stojaki na kroplówki – 5 SZTUK**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Nazwa Producenta …………………………

Nazwa/Typ Urządzenia ………………...............

Kraj pochodzenia ………………...............

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/****Odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Fabrycznie nowy, rok produkcji 2018 | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Stojak medyczny z regulacją wysokości w zakresie min. 1320-2250 mm | TAK | TAK/NIE\*,podać……… |
|  | Podstawa z tworzywa sztucznego, pięcioramienna na kółkach w obudowie z tworzywa sztucznego o średnicy min. 50 mm (czarne), w tym dwa z blokadą | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Średnica podstawy: min. 575 mm | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Kolumna z rury stalowej chromowanej o średnicy 25/16 mm | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Głowica (na 2 haczyki) ze stali kwasoodpornej gat. 0H18N9 | TAK | TAK/NIE\* |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

**UWAGI:**

1. W kolumnie „Odpowiedź Wykonawcy” w pozycjach TAK/NIE\* zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów.
2. Do dostawy Wykonawca jest zobowiązany dołączyć wszystkie akcesoria potrzebne do sprawdzenia wszystkich wymaganych przez Zamawiającego funkcji dla wszystkich kategorii wiekowych
* Oświadczamy, iż zaoferowany przedmiot zamówienia spełnia warunki opisane w specyfikacji istotnych warunków zamówienia (SIWZ) oraz posiada parametry opisane w Opisie Przedmiotu Zamówienia
* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
* Oświadczamy iż dostarczymy na swój koszt materiały potrzeba do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

 ........................................................................

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy