**Załącznik nr 1.3A do SIWZ – Formularz Szczegółowy Oferty**

**Oznaczenie postępowania: DA.ZP.242.89.2018**

**PAKIET NR 3A:**

**Pozycja nr 1 – Wózek hydrauliczny do przewozu pacjentów – 1 szt**

(Dostawa: **Oddział Neurologii)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Producent | Podać |  |
| 2. | Nazwa | Podać |  |
| 3. | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4. | Rok produkcji 2018, urządzenie fabrycznie nowe | TAK/Podać |  |

1. **Opis Przedmiotu zamówienia:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)** | ***Parametry oferowane*** *(podać zakres lub opisać)* |
|  | Wózek przeznaczony do przewożenia pacjentów w pozycji leżącej, drobnych zabiegów i krótkiego pobytu (leczenia i rekonwalescencji) |  |
|  | Konstrukcja wózka wykonana ze stali węglowej lakierowanej proszkowo oparta na 2 kolumnach. Leże podzielone na min. 2 segmenty wypełnione płytami ze zmywalnego tworzywa sztucznego zapewniającymi stabilną podstawę dla materaca. |  |
|  | Podwozie zabudowane pokrywą z tworzywa sztucznego z dostosowanym miejscem na butlę z tlenem oraz z miejscem do przechowywania rzeczy pacjenta lub dodatkowego sprzętu. |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie min. 220 kg |  |
|  | Długość całkowita wózka: 2100 mm +/- 50 mm |  |
|  | Szerokość całkowita wózka: 850 +/- 50 mm |  |
|  | Wymiary leża (powierzchnia dla pacjenta): długość min. 1900 mm, szerokość min. 760 mm |  |
|  | Składane ergonomiczne uchwyty/rączki do prowadzenia wózka zlokalizowane od strony głowy i/lub nóg pacjenta ułatwiające dostęp do pacjenta (m.in. podczas akcji reanimacyjnej). Rączki składane poniżej poziomu materaca. |  |
|  | Wózek wyposażony w piąte koło kierunkowe z funkcją jazdy swobodnej bądź kierunkowej, realizowaną poprzez uniesienie lub dociśnięcie koła do podłoża. |  |
|  | Pojedyncze koła o średnicy co najmniej 20 cm,  antystatyczne, bez widocznej metalowej osi obrotu zaopatrzone w osłony zabezpieczające mechanizm kół przed zanieczyszczeniem |  |
|  | Wózek wyposażony w centralny system hamulcowy, z  jednoczesnym blokowaniem wszystkich kół, co do obrotu wokół osi, toczenia i sterowania kierunkiem jazdy, obsługiwany z obu stron wózka dźwigniami nożnymi z wyraźnym zaznaczeniem kolorystycznym blokady hamulców i funkcji jazdy kierunkowej. |  |
|  | Centralny system blokowania kół obsługiwany z obu stron wózka jedną dźwignią nożną, trójpozycyjną - jazda swobodna, jazda kierunkowa, hamulec. |  |
|  | Barierki boczne, chromowane, składane wzdłuż leża,  wysokości co najmniej 33 cm i długości co najmniej 140 cm zlokalizowane po obu stronach wózka. Zewnętrzne wykończenie barierek bocznych z tworzywa sztucznego. |  |
|  | Narożniki wózka wyposażone w 4 odbojniki rolkowe  chroniące wózek i ściany przed otarciami oraz listwa odbojowa na całej długości leża po obu stronach |  |
|  | Hydrauliczna regulacja wysokości leża dostępna z obu stron wózka, za pomocą dźwigni nożnej w zakresie co najmniej od 55 do 90 cm (mierzone od podłoża do górnej płaszczyzny leża bez materaca) |  |
|  | Manualna regulacja segmentu pleców ze wspomaganiem sprężyn gazowych w zakresie co najmniej 0°-90° |  |
|  | Segment pleców przezierny dla promieni RTG |  |
|  | Pozycja Trendelenburg/ anty Trendelenburg regulowana hydraulicznie w zakresie co najmniej ±18° przy użyciu pedałów nożnych z obu stron wózka |  |
|  | Odbojniki nad kołami kolorowe |  |
|  | Tuleje na wieszaki infuzyjne lub na inne akcesoria każdym narożu wózka |  |
|  | Materac piankowy, w pokrowcu winylowym, nieprzemakalnym, paro przepuszczalny, o grubości ok.10 cm +/- 2 cm niepalny. Materac mocowany na rzepy, w sposób uniemożliwiający samoczynne przesuwanie |  |
|  | Teleskopowy chromowany składany wieszak infuzyjny 2 lub  3 częściowy z regulacja wysokości (montaż stały) min. 2 haki. Łatwość użycia jedną ręką. |  |
|  | Rolka na podkłady higieniczne /szer. nie mniejsza niż 63 cm/ |  |
|  | Wózek fabrycznie nowy, rok produkcji 2018 |  |
|  | **Kolorystyka do uzgodnienia** |  |

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowystawowe, kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia działalności leczniczej bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

**B. FORMULARZ CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa, producent, nr katalogowy**  /W przypadku, gdy poszczególne elementy składowe urządzenia zawierają własne nr katalogowe, należy podać te numery/ | **Wytwórca** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Stawka VAT (%)** | **Wartość netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość brutto** |
|  | | | | | | | | | |
| **1** | **Wózek hydrauliczny do przewozu pacjentów** - o parametrach technicznych określonych w części A pozycji 1 |  |  | **1szt** |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ………………… Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: ………………… Słownie: ................................................................................

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

/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/