**Załącznik nr 1.2 do SIWZ – Formularz Szczegółowy Oferty (Pakiet nr 2) – po zmianach**

Oznaczenie postępowania: **DA.ZP.242.98.2018**

**PAKIET NR 2:**

**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 stalowymi lakierowanymi proszkowo 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. 227 kg** |  |
|  | Długość całkowita wózka: 2150 mm |  |
|  | Szerokość całkowita wózka: 760 mm |  |
|  | Wymiary leża (powierzchnia dla pacjenta): długość min. 1920 mm, szerokość min. 660 mm |  |
|  | **Składane ergonomiczne 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. Piąte koło zapewnia znacznie lepsze manewrowanie i sterowanie wózkiem. |  |
|  | 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, trójpozycyjny – jazda swobodna, jazda kierunkowa, hamulec. |  |
|  | Barierki boczne, **chromowane, składane wzdłuż leża**, wysokości co najmniej 33 cm i długości co najmniej 140 cm (**długości ok. ¾ leża**) zlokalizowane po obu stronach wózka. Zewnętrzne wykończenie barierek bocznych z tworzywa sztucznego zapobiegające otarciu i uszkodzeniu ścian i wózka. |  |
|  | **Hydrauliczna regulacja wysokości** leża dostępna z obu stron wózka, za pomocą dźwigni nożnej w zakresie co najmniej od 55 do 91 cm (mierzone od podłoża do górnej płaszczyzny leża bez materaca) |  |
|  | Manualna **regulacja segmentu pleców ze wspomaganiem sprężyn gazowych** w zakresie co najmniej **0°-90°.** |  |
|  | **Pozycja Trendelenburg/ anty Trendelenburg regulowana hydraulicznie** w zakresie co najmniej **±18°** przy użyciu pedałów nożnych z obu stron wózka |  |
|  | Narożniki wózka wyposażone w 4 odbojniki rolkowe chroniące wózek i ściany przed otarciami oraz listwy odbojowe na całej długości leża po obu stronach |  |
|  | Tuleje na wieszaki infuzyjne lub na inne akcesoria każdym narożu wózka |  |
|  | Odbojniki nad kołami min. 3 kolory do wyboru w celu odróżnienia na oddziałach |  |
|  | **Materac piankowy**, w pokrowcu winylowym, nieprzemakalnym, paro przepuszczalny, o grubości ok. 8, 10 lub 12 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. **Max. obciążenie do 18 kg**. |  |

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**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **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 |  |  | **1 szt.** |  |  |  |  |  |

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

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

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

/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/