Załącznik nr 2-GP-16 wzór formularza właściwości techniczno - użytkowych.

Nazwa Wykonawcy

**WŁAŚCIWOŚCI TECHNICZNO - UŻYTKOWE**

**urządzeń objętych Częścią 16 zamówienia**

**Dostawa fotela ginekologicznego – 1 sztuka**

**Nazwa oferowanego urządzenia:** ................................................

**Typ:** .......................................**Model**: ..........................................

**Producent**: .........................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów lub cech urządzenia** | **Wartość lub zakres wartości wymaganych**  | **Podać wartość lub zakres wartości oferowanych lub potwierdzenie wartości lub opis** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2024, gotowe do użytku. |  |  |
|  | Fotel przeznaczony do przeprowadzania badań i zabiegów ginekologicznych o długości 1750 mm ( + 50 mm). | TAK, podać |  |
|  | Długość całkowita leża w pozycji poziomej bez segmentu podudzia: 1300 mm ( + 30 mm). | TAK, podać |  |
|  | Całkowita szerokość leża: 745 mm ( + 30 mm ) | TAK, podać |  |
|  | Szerokość leża (tapicerka): 540 mm ( + 30 mm) | TAK, podać |  |
|  | Minimalna regulacja wysokości siedziska w pozycji siedzącej: 560 mm – 860 mm (+ 30 mm) | TAK, podać |  |
|  | Maksymalna regulacja wysokości siedziska: w pozycji poziomej7960 - 1080 mm (+ 30 mm). | TAK, podać |  |
|  | Kąt uniesienia oparcia pleców 650  (+ 50). | TAK, podać |  |
|  | Kąt pochylenia siedziska: - 650 do 100  ( + 30 ). | TAK, podać |  |
|  | Przechył Trendelenburga: 100  | TAK, podać |  |
|  | Przechył anty-Trendelenburga: 650  | TAK, podać |  |
|  | Regulacja wysokości siedziska siłownikiem hydraulicznym za pomocą dźwigni nożnej + ręczny pilot przewodowy z 3 funkcjami z pamięcią  | TAK |  |
|  | Podstawa fotela wyposażona w stopki z możliwością poziomowania. Podstawa mobilna z centralną blokadą układu jezdnego | TAK |  |
|  | Maksymalne obciążenie min.: 200 kg | TAK, podać |  |
|  | Siedzenie wyposażone w listwę do mocowania wyposażenia dodatkowego, a oparcie pleców wyposażone w uchwyt na rolkę papierowego podkładu. | TAK |  |
|  | Tapicerka profilowana, bezszwowa, odporna na działanie środków dezynfekcyjnych (kolorystyka do uzgodnienia). | TAK |  |
|  | Wyposażenie fotela:* miska ginekologiczna ze stali nierdzewnej
* papierowy podkład w rolce
* podkolanniki
* segment podudzia
* podnóżek z podestem z laminatu
* podnóżek tapicerowany
 | TAK |  |
|  | Powierzchnie fotela odporne na środki dezynfekcyjne | TAK |  |
|  | **Gwarancja i serwis** |  |  |
|  | Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji  | Maksymalnie 7 dni, podać |  |
|  | czas przystąpienia do naprawy od zgłoszenia awarii w okresie gwarancji  | Maksymalnie 24 godziny, podać |  |
|  | Okres gwarancji | Podaćmin. 24 miesięcy |  |

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

 *miejscowość i data podpis upoważnionego* *przedstawiciela wykonawcy*