Załącznik nr 2-GP-19 wzór formularza właściwości techniczno - użytkowych.

Nazwa Wykonawcy

**WŁAŚCIWOŚCI TECHNICZNO - UŻYTKOWE**

**urządzeń objętych Częścią 19 zamówienia**

**Dostawa podnośnika dla pacjenta z niepełnosprawnością – 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. | TAK |  |
|  | Opis podnośnika |  |  |
| 1 | Szerokość podstawy umożliwiająca wjazd wózka inwalidzkiego między ramiona podstawy | TAK |  |
| 2 | Udźwig | Nie mniejszy niż 140 kg, podać |  |
| 3 | Łatwe i szybkie rozkładanie podnośnika | TAK |  |
| 4 | Łatwe i szybkie składanie podnośnika | TAK |  |
| 5 | Sterowanie pilotem | TAK |  |
| 6 | Akumulator z ładowarką | TAK |  |
| 7 | Wyposażenie podnośnika |  |  |
| 8 | Podwieszka do przeniesienia pacjenta w rozmiarze M | 45 – 95 kg ±5 kg, podać |  |
| 9 | Podwieszka do przeniesienia pacjenta w rozmiarze L | 90 – 160 kg ±5 kg, podać |  |
| 10 | Wygodne i szybkie mocowanie podwieszki | TAK |  |
| 11 | Usztywnienie podparcia pleców | TAK |  |
|  | Gwarancja i serwis |  |  |
| 1 | Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji | Maksymalnie 7 dni, podać |  |
| 2 | czas przystąpienia do naprawy od zgłoszenia awarii | Maksymalnie 24 godziny, podać |  |
| 3 | Okres gwarancji | Minimum 24 miesiące, podać |  |

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

 *miejscowość i data podpis upoważnionego* *przedstawiciela wykonawcy*