Załącznik nr 2- 6 wzór formularza właściwości techniczno - użytkowych.

Nazwa Wykonawcy

**WŁAŚCIWOŚCI TECHNICZNO - UŻYTKOWE**

**urządzenia objętego Częścią 6 zamówienia**

**Dostawa fotela ginekologicznego dla pacjentek niepełnosprawnych – 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** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2024, gotowe do użytku. | TAK |  |
| 2 | Elektryczna regulacja wysokości | 46 - 106 cm ±2 cm, podać |  |
| 3 | Regulowane oparcie | TAK |  |
| 4 | Sterownik nożny | TAK |  |
| 5 | Metalowy pojemnik zabiegowy wysuwany | TAK |  |
| 6 | Konstrukcja ze stali nierdzewnej | TAK |  |
| 7 | Bezszwowa tapicerka do dezynfekcji, wodoodporna | TAK |  |
| 8 | Uchwyt na rolkę papieru o średnica rolki min. 12 cm | dł. Uchwytu od 48 do 50 cm  podać |  |
| 9 | Kółka z hamulcami | TAK |  |
| 10 | Paski mocujące nogi do podkolanników 2 komplety | TAK |  |
| 11 | Podpórki pod kolana mocowane z możliwością szybkiego demontażu | TAK |  |
| 12 | Uchwyty na ręce po obu stronach fotela - wyjmowane | TAK |  |
| 13 | Szerokość podstawy | 60 cm ±2 cm, podać |  |
| 14 | Długość podstawy | 111 cm ±2 cm, podać |  |
| 15 | Szerokość podparcia | 60 cm ±2 cm, podać |  |
| 16 | Wysokość podparcia | 89 cm ±2 cm, podać |  |
| 17 | Długość siedziska (głębokość) | 36 cm ±2 cm, podać |  |
| 18 | Max. obciążenie | Min. 170 kg, podać |  |
| 19 | Możliwość wyboru koloru tapicerki | 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*