***Załącznik nr 1A do SIWZ po zmianie z dnia 03 lipca 2020 r.***

 ***Załącznik nr 1A do SIWZ – Specyfikacja techniczna***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Typ model**  |

|  |
| --- |
|  |

 |  |
| **Producent** |  |  |
| **Kraj pochodzenia** |  |  |
| **Rok produkcji** |  |  |
| ***Opis przedmiotu zamówienia*****Łóżko szpitalne czterosegmentowe - 50 szt.** |  |
| **Lp.** | **Parametry techniczno-eksploatacyjne** | **Wartość wymagana**  | **Parametr oferowany****(wypełnia Wykonawca)\*** |  |  |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |  |
| 1. | Łóżko szpitalne czterosegmentowe wykonane z profili stalowych, malowane farbą z jonem srebra o właściwościach antybakteryjnych, odpornym na promieniowanie UV, uszkodzenia mechaniczne i środki dezynfekcyjno-myjące. | Tak/Podać |  |  |  |
| 2. | Łóżko wyposażone w minimum dwa koła z indywidualną blokadą i blokadą kierunkową | Tak |  |  |  |
| 3. | Średnica kół jezdnych min. 125mm | Tak/Podać |  |  |  |
| 4. | Łóżko z elektryczną regulacją wysokości leża przy pomocy siłownika elektrycznego sterowane za pomocą pilota w zakresie minimalnym 365-810 mm,  | Tak/Podać |  |  |  |
| 5. | Regulacja kąta uniesienia segmentu oparcia pleców w zakresie min. 0-70°, sterowane za pomocą pilota elektrycznego | Tak/Podać |  |  |  |
| 6. | Regulacja kąta uniesienia segmentu uda w zakresie min. 0-35°, sterowane za pomocą pilota elektrycznego | Tak/Podać |  |  |  |
| 7. | Regulacja kąta uniesienia segmentu podudzia w zakresie min. 0-20° sterowane za pomocą pilota elektrycznego | Tak/Podać |  |  |  |
| 8. | Łóżko wyposażone w funkcję autoregresji oparcia pleców 105 mm +/-15 mm | Tak/Podać |  |  |  |
| 9. | Szczyty łóżek wykonane z płyty HPL lub ABS | Tak/Podać |  |  |  |
| 10. | Całkowita długość łóżka nie mniejsza niż 1900 mm i nie większa niż 2160 mm | Tak/Podać |  |  |  |
| 11. | Całkowita szerokość łóżka nie mniejsza niż 800mm i nie większa niż 970 mm | Tak/Podać |  |  |  |
| 12. | Długość leża z materacem min. 1900 mm | Tak/Podać |  |  |  |
| 13. | Szerokość leża z materacem min.800 mm | Tak/Podać |  |  |  |
| 14. | Maksymalne obciążenie łóżka minimum 200 kg zapewniające bezpieczną hospitalizację dorosłego pacjenta  | Tak/Podać |  |  |  |
| 15. | Gwarantowana dostępność części zamiennych 10 lat | Tak |  |  |  |
| 16. | Wyposażenie dodatkowe : barierki boczne malowane farbą z jonem srebra , składane wzdłuż leża, wysięgnik ręki z podwieszką, statyw na kroplówki przyłóżkowe, materac szpitalny w pokrowcu paroprzepuszczalnym – min. 10 cm | Tak/Podać |  |  |
| 17. | Materac przeciwodleżynowy  | Tak/Podać |  |  |
|  1 szt |  Cena netto  |  VAT | Cena brutto |  |
|  |  |  |  |  |

**Uwaga:**

Nie spełnienie któregokolwiek parametru techniczno-eksploatacyjnego spowoduje odrzucenie oferty (art.89. ust.1 pkt. 2 uPzp).

*…………………. .………………………………………….*

*Data, miejscowość, Podpis(-) osoby (osób) upoważnionej (-ych) do reprezentowania Wykonawcy lub Pełnomocnika Wykonawców wspólnie ubiegających się o Zamówienie o ile z treści pełnomocnictwa wynika upoważnienie do złożenia stosowanego oświadczenia) opcjonalnie pieczęć Wykonawcy*

*Uwaga: Zamawiający zaleca zaparafowanie lub podpisanie każdej strony niniejszego formularza.*

 ***Załącznik nr 1B do SIWZ po zmianie z dnia 03 lipca 2020 r.***

 ***Załącznik nr 1B do SIWZ – Specyfikacja techniczna***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Typ model**  |

|  |
| --- |
|  |

 |  |
| **Producent** |  |  |
| **Kraj pochodzenia** |  |  |
| **Rok produkcji** |  |  |
| ***Opis przedmiotu zamówienia*****Łóżko szpitalne czterosegmentowe - 10 szt.** |  |
| Dodatkowo funkcja Trendelenburga i anty -Trendelenburga |  |
| **Lp.** | **Parametry techniczno-eksploatacyjne** | **Wartość wymagana**  | **Parametr oferowany (wypełnia Wykonawca)\*** |  |  |
| **1** | **2** | **3** | 4 | **5** |  |
| 1. | Łóżko szpitalne czterosegmentowe wykonane z profili stalowych, malowane farbą z jonem srebra o właściwościach antybakteryjnych, odpornym na promieniowanie UV, uszkodzenia mechaniczne i środki dezynfekcyjno-myjące. | Tak/Podać |  |  |  |
| 2. | Łóżko wyposażone w minimum dwa koła z indywidualną blokadą i blokadą kierunkową | Tak |  |  |  |
| 3. | Średnica kół jezdnych min. 125mm | Tak/Podać |  |  |  |
| 4. | Łóżko z elektryczną regulacją wysokości leża przy pomocy siłownika elektrycznego sterowane za pomocą pilota w zakresie minimalnym 365-810 mm,  | Tak/Podać |  |  |  |
| 5. | Regulacja kąta uniesienia segmentu oparcia pleców w zakresie min. 0-70°, sterowane za pomocą pilota elektrycznego | Tak/Podać |  |  |  |
| 6. | Regulacja kąta uniesienia segmentu uda w zakresie min. 0-35°, sterowane za pomocą pilota elektrycznego | Tak/Podać |  |  |  |
| 7. | Regulacja kąta uniesienia segmentu podudzia w zakresie min. 0-20° sterowane za pomocą pilota elektrycznego | Tak/Podać |  |  |  |
| 8. | Łóżko wyposażone w funkcję autoregresji oparcia pleców 105 mm +/-15 mm | Tak/Podać |  |  |  |
| 9. | Szczyty łóżek wykonane z płyty HPL lub ABS | Tak/Podać |  |  |  |
| 10. | Całkowita długość łóżka nie mniejsza niż 1900 mm i nie większa niż 2160 mm | Tak/Podać |  |  |  |
| 11. | Całkowita szerokość łóżka nie mniejsza niż 800mm i nie większa niż 970 mm | Tak/Podać |  |  |  |
| 12. | Długość leża z materacem min. 1900 mm | Tak/Podać |  |  |  |
| 13. | Szerokość leża z materacem min.800 mm | Tak/Podać |  |  |  |
| 14. | Maksymalne obciążenie łóżka minimum 200 kg zapewniające bezpieczną hospitalizację dorosłego pacjenta  | Tak/Podać |  |  |  |
| 15. | Gwarantowana dostępność części zamiennych 10 lat | Tak |  |  |  |
| 16. | Wyposażenie dodatkowe : barierki boczne malowane farbą z jonem srebra , składane wzdłuż leża, wysięgnik ręki z podwieszką, statyw na kroplówki przyłóżkowe, materac szpitalny w pokrowcu paroprzepuszczalnym – min. 10 cm | Tak/Podać |  |  |
| 17. | Materac przeciwodleżynowy  |  Tak/Podać |  |  |
| 18. | Dodatkowo funkcja Trendelenburga i anty -Trendelenburga sterowane za pomocą pilota elektycznego |  |  |  |
|  1 szt |  Cena netto 1 szt |  VAT | Cena brutto |  |
|  |  |  |  |

**Uwaga:** Nie spełnienie któregokolwiek parametru techniczno-eksploatacyjnego spowoduje odrzucenie oferty (art.89. ust.1 pkt. 2 uPzp)

*…………………………………………. ………………………*

*Data, miejscowość, Podpis(-) osoby (osób) upoważnionej (-ych) do reprezentowania Wykonawcy lub Pełnomocnika Wykonawców wspólnie ubiegających się o Zamówienie o ile z treści pełnomocnictwa wynika upoważnienie do złożenia stosowanego oświadczenia) opcjonalnie pieczęć Wykonawcy*

*Uwaga: Zamawiający zaleca zaparafowanie lub podpisanie każdej strony niniejszego formularza.*