Nazwa wykonawcy Załącznik 1a

**Część nr 2**

**Formularz wymaganych/oferowanych parametrów**

|  |
| --- |
| **Fotel wypoczynkowy** |
| **Szczegółowa wycena**  |
| **Cena:** |
| Lp. | Nazwa | Ilość | Cena jednostkowa netto | Wartość netto | Stawka Vat w % | Wartość brutto |
| 1. | **Fotel wypoczynkowy** | 33 szt. |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH – OFEROWANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymaganych warunków, parametrów technicznych, właściwości technicznych i innych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **Wymagania** | **Podać** |  |
| **1** | **FOTEL wypoczynkowy z podłokietnikami przystosowany do potrzeb osób starszych**- wymiary ergonomiczne z uwzględnieniem osób starszych,- solidna ale lekka budowa stelaża,- wysokie (dostosowane dla osób starszych) podłokietniki- wyprofilowane oparcie pod plecy,- zagłówek/oparcie pod głowę,- tapicerka – trwała tkanina hydrofobowa, utrudniająca wchłanianie rozlanych cieczy, łatwa w utrzymaniu i konserwacji, odporna na ścieranie | **TAK** |  |
| **2** | WYMIARY: całkowita: wysokość 100-129 cm, szerokość 64-64,5 cm, głębokość 71-80 cm,PODŁOKIETNIKI wysokość 60-67,3 cmSIEDZISKO wysokość 44-48 cm, szerokość 52-54 cm, głębokość 46-49 cmDopuszczalne obciążenie 110 kg | **TAK** |  |
| **Warunki gwarancji** |
| **1** | Okres gwarancji | **TAK/PODAĆ** | …….m-cy*Deklarowany okres gwarancji należy podać w formularzu ofertowym* |
| **2** | Nazwa serwisu, adres, nr telefonu, e-mail | **TAK/PODAĆ** |  |
| **Inne** |
| **1** | Katalogi/foldery/zdjęcia producenta dotyczące oferowanych wyrobów standardowych  | **TAK** |  |
| **2** | Przedmiot zamówienia fabrycznie nowy, nieużywany | **TAK** |  |
| **3** | Kolorystyka– zgodnie z opracowaniem przygotowanym w przez zespół architektów Kaźmierczak, Samolewska-Architekci s.c. Załącznik nr 4 do siwz. Struktura powierzchni i kolorystyka do uzgodnienia z Zamawiającym na etapie realizacji. | **TAK** |  |

*Oświadczam, że oferowane wyroby spełniają wymagania techniczne zawarte w powyższym opisie, są kompletne, fabrycznie nowe i będą gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów*

………………………………….., dnia …………………..

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

 *(pieczątka i podpis osób/y uprawnionych do*

 *składania oświadczeń woli)*

 Załącznik 1a

Nazwa wykonawcy

**Część nr 3**

**Formularz wymaganych/oferowanych parametrów**

|  |
| --- |
| **Fotel/krzesło** |
| **Szczegółowa wycena** |
| **Cena:** |
| Lp. | Nazwa | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto | Stawka Vat w % | Wartość brutto |
| 1. | **Fotel/krzesło** | 46 szt |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH – OFEROWANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymaganych warunków, parametrów technicznych, właściwości technicznych i innych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **Wymagania** | **Podać** |  |
| **1** | **KRZESŁO z oparciem i podłokietnikami (w tym do jadalni)**- wymiary ergonomiczne z uwzględnieniem osób starszych,- solidna ale lekka budowa stelaża,- wysokie podłokietniki,- wyprofilowane oparcie pod plecy,- tapicerka – trwała tkanina hydrofobowa, utrudniająca wchłanianie rozlanych cieczy, łatwa w utrzymaniu i konserwacji, odporna na ścieranie | **TAK** |  |
| **2** | Wymiary: całkowita: wysokość 81 cm, szerokość 54-56 cm, głębokość 53,4 -55 cm, PODŁOKIETNIKI wysokość 66-67 cmSIEDZISKO wysokość 47-49,5 cm, szerokość 44,5 cm, głębokość 42,5 cmDopuszczalne obciążenie 110 kg | **TAK** |  |
| **Warunki gwarancji** |
| **1** | Okres gwarancji | **TAK/PODAĆ** | …….m-cy*Deklarowany okres gwarancji należy podać w formularzu ofertowym* |
| **2** | Nazwa serwisu, adres, nr telefonu, e-mail | **TAK/PODAĆ** |  |
| **Inne** |
| **1** | Katalogi/foldery/zdjęcia producenta dotyczące oferowanych wyrobów standardowych  | **TAK** |  |
| **2** | Przedmiot zamówienia fabrycznie nowy, nieużywany | **TAK** |  |
| **3** | Kolorystyka– zgodnie z opracowaniem przygotowanym w przez zespół architektów Kaźmierczak, Samolewska-Architekci s.c. Załącznik nr 4 do siwz. Struktura powierzchni i kolorystyka do uzgodnienia z Zamawiającym na etapie realizacji. | **TAk** |  |

*Oświadczam, że oferowane wyroby spełniają wymagania techniczne zawarte w powyższym opisie, są kompletne, fabrycznie nowe i będą gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów*

………………………………….., dnia …………………..

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

 *(pieczątka i podpis osób/y uprawnionych do*

 *składania oświadczeń woli)*

 Załącznik 1a

Nazwa wykonawcy

**Część nr nr 4**

**Formularz wymaganych/oferowanych parametrów**

|  |
| --- |
| **Fotel biurowy obrotowy** |
| **Szczegółowa wycena** |
| **Cena:** |
| Lp. | Nazwa | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto | Stawka Vat w % | Wartość brutto |
| 1. | **Fotel biurowy** | 6 szt |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH – OFEROWANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymaganych warunków, parametrów technicznych, właściwości technicznych i innych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **Wymagania** | **Podać** |  |
| **1** | **FOTEL BIUROWY obrotowy**- wysokie parametry ergonomiczne,- wysokie oparcie,- podłokietniki,- tapicerka - skóra ekologiczna- podstawa aluminiowa polerowana,- płynna regulacja wysokości siedziska,- funkcja kołysania,- kółka specjalne do wykładziny zmywalnej, | **TAK** |  |
| **2** | Wymiary całkowita: wysokość 72-122 cm, szerokość 56-72 cm, głębokość 40-50 cmPODŁOKIETNIKI wysokość 66-76 cm,SIEDZISKO wysokość 39-59 cm, szerokość 43-52 cm, głębokość 40-50 cmDopuszczalne obciążenie 90 kg | **TAK** |  |
| **Warunki gwarancji** |
| **1** | Okres gwarancji | **TAK/PODAĆ** | …….m-cy*Deklarowany okres gwarancji należy podać w formularzu ofertowym* |
| **2** | Nazwa serwisu, adres, nr telefonu, e-mail | **TAK/PODAĆ** |  |
| **Inne** |
| **1** | Katalogi/foldery/zdjęcia producenta dotyczące oferowanych wyrobów standardowych  | **TAK** |  |
| **2** | Przedmiot zamówienia fabrycznie nowy, nieużywany | **TAK** |  |
| **3** | Kolorystyka– zgodnie z opracowaniem przygotowanym w przez zespół architektów Kaźmierczak, Samolewska-Architekci s.c. Załącznik nr 4 do siwz. Struktura powierzchni i kolorystyka do uzgodnienia z Zamawiającym na etapie realizacji. | **TAK** |  |

*Oświadczam, że oferowane wyroby spełniają wymagania techniczne zawarte w powyższym opisie, są kompletne, fabrycznie nowe i będą gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów*

………………………………….., dnia ………………….. ..............................................................................

 *(pieczątka i podpis osób/y uprawnionych do*

 *składania oświadczeń woli)*

Nazwa wykonawcy Załącznik 1a

**Cześć nr 5**

**Formularz wymaganych/oferowanych parametrów**

|  |
| --- |
| **Krzesła uniwersalne** |
| **Szczegółowa wycena** |
| **Cena:** |
| Lp. | Nazwa | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto | Stawka Vat w % | Wartość brutto |
| 1. | **Krzesła uniwersalne** | 10 szt |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH – OFEROWANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymaganych warunków, parametrów technicznych, właściwości technicznych i innych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **Wymagania** | **Podać** |  |
| **1** | **Krzesła uniwersalne**- kubełkowe lub z podłokietnikami,- siedzisko i oparcie tworzywo sztuczne,- nogi/stelaż metalowy- możliwość sztaplowania | **TAK** |  |
| **2** | **Wymiary:** całkowita wysokość 83 cm, szerokość 52 cm, głębokość 36 cm, wysokość podłokietników 69 cm, wysokość siedziska 42 cm  | **TAK** |  |
| **Warunki gwarancji** |
| **1** | Okres gwarancji | **TAK/PODAĆ** | …….m-cy*Deklarowany okres gwarancji należy podać w formularzu ofertowym* |
| **2** | Nazwa serwisu, adres, nr telefonu, e-mail | **TAK/PODAĆ** |  |
| **Inne** |
| **1** | Katalogi/foldery/zdjęcia producenta dotyczące oferowanych wyrobów standardowych  | **TAK** |  |
| **2** | Przedmiot zamówienia fabrycznie nowy, nieużywany | **TAK** |  |
| **3** | Kolorystyka– zgodnie z opracowaniem przygotowanym w przez zespół architektów Kaźmierczak, Samolewska-Architekci s.c. Załącznik nr 4 do siwz. Struktura powierzchni i kolorystyka do uzgodnienia z Zamawiającym na etapie realizacji. | **TAK** |  |

*Oświadczam, że oferowane wyroby spełniają wymagania techniczne zawarte w powyższym opisie, są kompletne, fabrycznie nowe i będą gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów*

………………………………….., dnia …………………..

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

 *(pieczątka i podpis osób/y uprawnionych do*

 *składania oświadczeń woli)*

Nazwa Wykonawcy Załącznik 1a

**Część nr 6**

**Formularz wymaganych/oferowanych parametrów**

|  |
| --- |
| **Stół do jadalni** |
| **Szczegółowa wycena** |
| **Cena:** |
| Lp. | Nazwa | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto | Stawka Vat w % | Wartość brutto |
| 1. | **Stół do jadalni kwadratowy** | 4 szt |  |  |  |  |
| 2. | **Stół do jadalni prostokątny** | 3 szt. |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH – OFEROWANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymaganych warunków, parametrów technicznych, właściwości technicznych i innych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **Wymagania** | **Podać** |  |
| **1** | **STÓŁ do jadalni KWADRATOWY**- konstrukcja/nogi lite drewno ,- blat MDF lakierowany/powierzchnia HPL | **TAK** |  |
|  | Wymiary: blat 80-85 x 80-85 cm- wysokość 74-75 cm,- grubość blatu min. 25 mm | **TAK** |  |
| **2** | **STÓŁ do jadalni PROSTOKATNY**- konstrukcja/nogi lite drewno ,- blat MDF lakierowany/powierzchnia HPL | **TAK** |  |
|  | - blat 80-85 x 120-140 cm- wysokość 74-75 cm,- grubość blatu min. 25 mm | **TAK** |  |
| **Warunki gwarancji** |
| **1** | Okres gwarancji | **TAK/PODAĆ** | …….m-cy*Deklarowany okres gwarancji należy podać w formularzu ofertowym* |
| **2** | Nazwa serwisu, adres, nr telefonu, e-mail | **TAK/PODAĆ** |  |
| **Inne** |
| **1** | Katalogi/foldery/zdjęcia producenta dotyczące oferowanych wyrobów standardowych  | **TAK** |  |
| **2** | Przedmiot zamówienia fabrycznie nowy, nieużywany | **TAK** |  |
| **3** | Kolorystyka– zgodnie z opracowaniem przygotowanym w przez zespół architektów Kaźmierczak, Samolewska-Architekci s.c. Załącznik nr 4 do siwz. Struktura powierzchni i kolorystyka do uzgodnienia z Zamawiającym na etapie realizacji. | **TAK** |  |

*Oświadczam, że oferowane wyroby spełniają wymagania techniczne zawarte w powyższym opisie, są kompletne, fabrycznie nowe i będą gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów*

………………………………….., dnia …………………..

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

 *(pieczątka i podpis osób/y uprawnionych do*

 *składania oświadczeń woli)*

**Nazwa Wykonawcy Załącznik 1a**

**Część nr 7**

**Formularz wymaganych/oferowanych parametrów**

|  |
| --- |
| **Stół do zaplecza szatniowo/socjalne** |
| **Szczegółowa wycena** |
| **Cena:** |
| Lp. | Nazwa | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto | Stawka Vat w % | Wartość brutto |
| 1. | **Stół do zaplecza szatniowo/socjalnego** | 3 szt |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH – OFEROWANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymaganych warunków, parametrów technicznych, właściwości technicznych i innych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **Wymagania** | **Podać** |  |
| **1** | **STÓŁ do zaplecza szatniowo- socjalnego kwadratowy**- blat płyta wiórowa pokryta obustronnie melaminą - stelaż stalowy malowany proszkowo | **TAK** |  |
| **2** | **Wymiary:** - blat 80x80 cm- wysokość 73,5-75 cm,- grubość blatu min. 25 mm | **TAK** |  |
| **Warunki gwarancji** |
| **1** | Okres gwarancji | **TAK/PODAĆ** | …….m-cy*Deklarowany okres gwarancji należy podać w formularzu ofertowym* |
| **2** | Nazwa serwisu, adres, nr telefonu, e-mail | **TAK/PODAĆ** |  |
| **Inne** |
| **1** | Katalogi/foldery/zdjęcia producenta dotyczące oferowanych wyrobów standardowych  | **TAK** |  |
| **2** | Przedmiot zamówienia fabrycznie nowy, nieużywany | **TAK** |  |
| **3** | Kolorystyka– zgodnie z opracowaniem przygotowanym w przez zespół architektów Kaźmierczak, Samolewska-Architekci s.c. Załącznik nr 4 do siwz. Struktura powierzchni i kolorystyka do uzgodnienia z Zamawiającym na etapie realizacji. | **TAK** |  |

*Oświadczam, że oferowane wyroby spełniają wymagania techniczne zawarte w powyższym opisie, są kompletne, fabrycznie nowe i będą gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów*

………………………………….., dnia …………………..

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

 *(pieczątka i podpis osób/y uprawnionych do*

 *składania oświadczeń woli)*

**Nazwa Wykonawcy Załącznik 1a**

**Część nr 8**

**Formularz wymaganych/oferowanych parametrów**

|  |
| --- |
| **Stolik niski kawowy okrągły** |
| **Szczegółowa wycena** |
| **Cena:** |
| Lp. | Nazwa | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto | Stawka Vat w % | Wartość brutto |
| 1. | **Stolik niski kawowy okrągły** | 4 szt |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH – OFEROWANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymaganych warunków, parametrów technicznych, właściwości technicznych i innych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **Wymagania** | **Podać** |  |
| **1** | **STOLIK niski „kawowy” okrągły**- konstrukcja/nogi lite drewno ,- blat płyta wiórowa pokryta obustronnie melaminą lub MDF lakierowane lub okleina HPL drewno | **TAK** |  |
| **2** | **Wymiary:** - blat fi 60-65 cm- wysokość 50-65 cm,- grubość blatu min. 25 mm | **TAK** |  |
| **Warunki gwarancji** |
| **1** | Okres gwarancji | **TAK/PODAĆ** | …….m-cy*Deklarowany okres gwarancji należy podać w formularzu ofertowym* |
| **2** | Nazwa serwisu, adres, nr telefonu, e-mail | **TAK/PODAĆ** |  |
| **Inne** |
| **1** | Katalogi/foldery/zdjęcia producenta dotyczące oferowanych wyrobów standardowych  | **TAK** |  |
| **2** | Przedmiot zamówienia fabrycznie nowy, nieużywany | **TAK** |  |
| **3** | Kolorystyka– zgodnie z opracowaniem przygotowanym w przez zespół architektów Kaźmierczak, Samolewska-Architekci s.c. Załącznik nr 4 do siwz. Struktura powierzchni i kolorystyka do uzgodnienia z Zamawiającym na etapie realizacji. | **TAK** |  |

*Oświadczam, że oferowane wyroby spełniają wymagania techniczne zawarte w powyższym opisie, są kompletne, fabrycznie nowe i będą gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów*

………………………………….., dnia …………………..

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

 *(pieczątka i podpis osób/y uprawnionych do*

 *składania oświadczeń woli)*

**Nazwa Wykonawcy Załącznik 1a**

**Część nr 9**

**Formularz wymaganych/oferowanych parametrów**

|  |
| --- |
| **Biurko z kontenerem** |
| **Szczegółowa wycena** |
| **Cena:** |
| Lp. | Nazwa | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto | Stawka Vat w % | Wartość brutto |
| 1. | **Stół** | 5 szt |  |  |  |  |
| 2. | **Kontener** | 5 szt. |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH – OFEROWANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymaganych warunków, parametrów technicznych, właściwości technicznych i innych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **Wymagania** | **Podać** |  |
| **1** | **BIURKO z kontenerem /STÓŁ**- blat płyta wiórowa pokryta obustronnie melaminą,- stelaż stalowy samonośny,- 4 nogi z regulacją wysokości/poziomu | **TAK** |  |
|  | Wymiary: szerokość 160 cm, - głębokość 80 cm,- wysokość 73,5-80 cm, - grubość blatu min.25 mm | **TAK** |  |
| **2** | **BIURKO z kontenerem /KONTENER**- kontener mobilny,- płyta wiórowa,- okleina HPL0,8 mm,- 3 szuflady,- zamek centralny z dwoma kluczami,- rolki zakryte  | **TAK** |  |
|  | Wymiary: szerokość 39-41 cm,- głębokość 46-48 cm,- wysokość 48,7-59 cm, - grubość wieńca 18 mm | **TAK** |  |
| **Warunki gwarancji** |
| **1** | Okres gwarancji | **TAK/PODAĆ** | …….m-cy*Deklarowany okres gwarancji należy podać w formularzu ofertowym* |
| **2** | Nazwa serwisu, adres, nr telefonu, e-mail | **TAK/PODAĆ** |  |
| **Inne** |
| **1** | Katalogi/foldery/zdjęcia producenta dotyczące oferowanych wyrobów standardowych  | **TAK** |  |
| **2** | Przedmiot zamówienia fabrycznie nowy, nieużywany | **TAK** |  |
| **3** | Kolorystyka– zgodnie z opracowaniem przygotowanym w przez zespół architektów Kaźmierczak, Samolewska-Architekci s.c. Załącznik nr 4 do siwz. Struktura powierzchni i kolorystyka do uzgodnienia z Zamawiającym na etapie realizacji. | **TAK** |  |

*Oświadczam, że oferowane wyroby spełniają wymagania techniczne zawarte w powyższym opisie, są kompletne, fabrycznie nowe i będą gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów*

………………………………….., dnia …………………..

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

 *(pieczątka i podpis osób/y uprawnionych do*

 *składania oświadczeń woli)*

**Nazwa Wykonawcy Załącznik 1a**

**Część nr 10**

**Formularz wymaganych/oferowanych parametrów**

|  |
| --- |
| **Szafa biurowa aktowa, garderoba, szafo/regał** |
| **Szczegółowa wycena** |
| **Cena:** |
| Lp. | Nazwa | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto | Stawka Vat w % | Wartość brutto |
| 1. | **Szafa biurowa aktowa** | 8 szt. |  |  |  |  |
| 2. | **Szafa biurowa garderoba** | 6 szt. |  |  |  |  |
| 3. | **Szafa biurowa - regał** | 4 szt. |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH – OFEROWANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymaganych warunków, parametrów technicznych, właściwości technicznych i innych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **Wymagania** | **Podać** |  |
| **1** | **SZAFA BIUROWA AKTOWA**- płyta wiórowa,- okleina HPL0,8 mm,- fronty pełne,- drzwi podwójne skrzydłowe,- 4 półki, - zamek jednopunktowy,- cokół | **TAK** |  |
|  | **Wymiary** szerokość 80 cm, głębokość 42 cm, wysokość 185-189 cm, grubość wieńca 18 mm,grubość półek 18-25 mm, stopka regulacyjna 30 mm | **TAK** |  |
| **2** | **SZAFA BIUROWA GARDEROBA**- płyta wiórowa,- okleina HPL0,8 mm,- fronty pełne,- drzwi podwójne skrzydłowe,- 2 półki,- zamek jednopunktowy,- cokół | **TAK** |  |
|  | **Wymiary** szerokość 80 cm, głębokość 42 cm, wysokość 185-189 cm, grubość wieńca18 mm,grubość półki 25 mm, stopka regulacyjna 30 mm | **TAK** |  |
| **3** | **SZAFO – REGAŁ**- płyta wiórowa,- okleina HPL0,8 mm,- fronty dolne pełne,- drzwi podwójne skrzydłowe,- 4 półki, w tym jedna stała, - zamek jednopunktowy,- cokół | **TAK** |  |
|  | **Wymiary** szerokość 80 cm, głębokość 42 cm, wysokość 185-189 cm, grubość wieńca 18 mm,grubość półek 18-25 mm, stopka regulacyjna 30 mm | **TAK** |  |
| **Warunki gwarancji** |
| **1** | Okres gwarancji | **TAK/PODAĆ** | …….m-cy*Deklarowany okres gwarancji należy podać w formularzu ofertowym* |
| **2** | Nazwa serwisu, adres, nr telefonu, e-mail | **TAK/PODAĆ** |  |
| **Inne** |
| **1** | Katalogi/foldery/zdjęcia producenta dotyczące oferowanych wyrobów standardowych  | **TAK** |  |
| **2** | Przedmiot zamówienia fabrycznie nowy, nieużywany | **TAK** |  |
| **3** | Kolorystyka– zgodnie z opracowaniem przygotowanym w przez zespół architektów Kaźmierczak, Samolewska-Architekci s.c. Załącznik nr 4 do siwz. Struktura powierzchni i kolorystyka do uzgodnienia z Zamawiającym na etapie realizacji. | **TAK** |  |

*Oświadczam, że oferowane wyroby spełniają wymagania techniczne zawarte w powyższym opisie, są kompletne, fabrycznie nowe i będą gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów*

………………………………….., dnia …………………..

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

 *(pieczątka i podpis osób/y uprawnionych do*

 *składania oświadczeń woli)*

**Nazwa Wykonawca Załącznik 1a**

**Część nr 11**

**Formularz wymaganych/oferowanych parametrów**

|  |
| --- |
| **Szafy ubraniowe w konstrukcji stalowej z ławeczką** |
| **Szczegółowa wycena** |
| **Cena:** |
| Lp. | Nazwa | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto | Stawka Vat w % | Wartość brutto |
| 1. | **Szafa metalowa ubraniowa**  | 26 szt. |  |  |  |  |
| 2. | **Ławeczka** | 26 szt. |  |  |  |  |
| 3. | **Szafa metalowa ubraniowa z podziałem wewnętrznym**  | 16 szt. |  |  |  |  |
| 4. | **Ławeczka** | 10 szt. |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH – OFEROWANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymaganych warunków, parametrów technicznych, właściwości technicznych i innych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **Wymagania** | **Podać** |  |
| **1** | **SZAFA metalowa ubraniowa** - półka, drążek i 2 haczyki,- stabilna, zgrzewana konstrukcja,- blacha stalowa minimum 0,6-0,8 mm,- malowanie proszkowe,- perforacja (wywietrzniki),- zamek kluczowy z jednopunktowym ryglowaniem i z 2 kluczami w systemie klucza master,- otwory montażowe do skręcenia szafek ze sobą oraz do ściany | **TAK** |  |
|  | **Wymiary** szerokość 30-31,5 cm, głębokość 49-50 cm, wysokość 180 cm Z ŁAWECZKĄGłębokość całkowita 80 cm, wysokość całkowita 204-209 cm | **TAK** |  |
| **2** | **ŁAWECZKA** - stelaż - konstrukcja z profili zamkniętych, spawana,- nogi z regulacją wysokości,- listwy sosnowe lakierowane | **TAK** |  |
|  | **Wymiary** szerokość 30 cm, głębokość 74,5-80 cm, wysokość 34-39 cm | **TAK** |  |
| **3** | **SZAFA metalowa ubraniowa z podziałem wewnętrznym**- półka, drążek i 2 haczyki,- stabilna, zgrzewana konstrukcja,- blacha stalowa minimum 0,6-0,8 mm,- malowanie proszkowe,- perforacja (wywietrzniki),- zamek kluczowy z jednopunktowym ryglowaniem i z 2 kluczami w systemie klucza master | **TAK** |  |
|  | **Wymiary** szerokość 40-41,5 cm, głębokość 49-50 cm, wysokość 180 cm Z ŁAWECZKĄ- głębokość całkowita74,5-80 cm, wysokość całkowita 204-209 cm | **TAK** |  |
| **4** | **ŁAWECZKA** - stelaż - konstrukcja z profili zamkniętych, spawana,- nogi z regulacją wysokości,– listwy sosnowe lakierowane |  |  |
|  | **Wymiary** szerokość 39 cm, głębokość 74,5-80 cm, wysokość 34-39 cm |  |  |
| **Warunki gwarancji** |
| **1** | Okres gwarancji | **TAK/PODAĆ** | …….m-cy*Deklarowany okres gwarancji należy podać w formularzu ofertowym* |
| **2** | Nazwa serwisu, adres, nr telefonu, e-mail | **TAK/PODAĆ** |  |
| **Inne** |
| **1** | Katalogi/foldery/zdjęcia producenta dotyczące oferowanych wyrobów standardowych  | **TAK** |  |
| **2** | Przedmiot zamówienia fabrycznie nowy, nieużywany | **TAK** |  |
| **3** | Kolorystyka– zgodnie z opracowaniem przygotowanym w przez zespół architektów Kaźmierczak, Samolewska-Architekci s.c. Załącznik nr 4 do siwz. Struktura powierzchni i kolorystyka do uzgodnienia z Zamawiającym na etapie realizacji. | **TAK** |  |

*Oświadczam, że oferowane wyroby spełniają wymagania techniczne zawarte w powyższym opisie, są kompletne, fabrycznie nowe i będą gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów*

………………………………….., dnia …………………..

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

 *(pieczątka i podpis osób/y uprawnionych do*

 *składania oświadczeń woli)*

**Nazwa Wykonawca Załącznik 1a**

**Część nr 12**

**Formularz wymaganych/oferowanych parametrów**

|  |
| --- |
| **Regał magazynowy** |
| **Szczegółowa wycena** |
| **Cena:** |
| Lp. | Nazwa | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto | Stawka Vat w % | Wartość brutto |
| 1. | **Regał 60** | 2 szt. |  |  |  |  |
| 2. | **Regał 80** | 10 szt. |  |  |  |  |
| 3. | **Regał 120** | 2 szt. |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH – OFEROWANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymaganych warunków, parametrów technicznych, właściwości technicznych i innych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **Wymagania** | **Podać** |  |
| **1** | **REGAŁ 60**- płyta wiórowa pokryta melaminą,- 5 półek | **TAK** |  |
|  | **Wymiary** szerokość 60 cm, głębokość 40-42 cm, wysokość 210-225 cm | **TAK** |  |
| **2** | **REGAŁ 80**- płyta wiórowa pokryta melaminą,- 5 półek | **TAK** |  |
|  | Wymiary szerokość 80 cm, głębokość 40-42 cm, wysokość 210-225 cm  | **TAK** |  |
| **3** | **REGAŁ 120**- płyta wiórowa pokryta melaminą,- przegroda pionowa- 2x5 półek | **TAK** |  |
|  | **Wymiary** szerokość 120 cm, głębokość 40-42 cm, wysokość 210-225 cm | **TAK** |  |
| **Warunki gwarancji** |
| **1** | Okres gwarancji | **TAK/PODAĆ** | …….m-cy*Deklarowany okres gwarancji należy podać w formularzu ofertowym* |
| **2** | Nazwa serwisu, adres, nr telefonu, e-mail | **TAK/PODAĆ** |  |
| **Inne** |
| **1** | Katalogi/foldery/zdjęcia producenta dotyczące oferowanych wyrobów standardowych  | **TAK** |  |
| **2** | Przedmiot zamówienia fabrycznie nowy, nieużywany | **TAK** |  |
| **3** | Kolorystyka– zgodnie z opracowaniem przygotowanym w przez zespół architektów Kaźmierczak, Samolewska-Architekci s.c. Załącznik nr 4 do siwz. Struktura powierzchni i kolorystyka do uzgodnienia z Zamawiającym na etapie realizacji. | **TAK** |  |

*Oświadczam, że oferowane wyroby spełniają wymagania techniczne zawarte w powyższym opisie, są kompletne, fabrycznie nowe i będą gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów*

………………………………….., dnia ………………….. ...............................................................................

 *(pieczątka i podpis osób/y uprawnionych do*

 *składania oświadczeń woli)*

**Nazwa Wykonawcy Załącznik 1a**

**Część nr 13**

**Formularz wymaganych/oferowanych parametrów**

|  |
| --- |
| **Tapczan rozkładany** |
| **Szczegółowa wycena** |
| **Cena:** |
| Lp. | Nazwa | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto | Stawka Vat w % | Wartość brutto |
| 1. | **Tapczan rozkładany** | 1 szt |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH – OFEROWANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymaganych warunków, parametrów technicznych, właściwości technicznych i innych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **Wymagania** | **Podać** |  |
| **1** | **TAPCZAN rozkładany**- pojemnik na pościel,- tapicerowany,- oparcie pikowane,- na nóżkach z litego drewna (jasny kolor),- tkanina jasna | **TAK** |  |
| **2** | **Wymiary** Szerokość 199-210 cm, głębokość 91 -105 cm, wysokość 91-110 cm, powierzchnia spania 199x118-125 cm | **TAK** |  |
| **Warunki gwarancji** |
| **1** | Okres gwarancji | **TAK/PODAĆ** | …….m-cy*Deklarowany okres gwarancji należy podać w formularzu ofertowym* |
| **2** | Nazwa serwisu, adres, nr telefonu, e-mail | **TAK/PODAĆ** |  |
| **Inne** |
| **1** | Katalogi/foldery/zdjęcia producenta dotyczące oferowanych wyrobów standardowych  | **TAK** |  |
| **2** | Przedmiot zamówienia fabrycznie nowy, nieużywany | **TAK** |  |
| **3** | Kolorystyka– zgodnie z opracowaniem przygotowanym w przez zespół architektów Kaźmierczak, Samolewska-Architekci s.c. Załącznik nr 4 do siwz. Struktura powierzchni i kolorystyka do uzgodnienia z Zamawiającym na etapie realizacji. | **TAK** |  |

*Oświadczam, że oferowane wyroby spełniają wymagania techniczne zawarte w powyższym opisie, są kompletne, fabrycznie nowe i będą gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów*

………………………………….., dnia …………………..

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

 *(pieczątka i podpis osób/y uprawnionych do*

 *składania oświadczeń woli)*

**Nazwa Wykonawcy Załącznik 1a**

**Część nr 14**

**Formularz wymaganych/oferowanych parametrów**

|  |
| --- |
| **WYPOSAŻENIE POMIESZCZEŃ SANITARNYCH, GASTRONOMICZNYCH I ZAPLECZY** |
| **Szczegółowa wycena** |
| **Cena:** |
| Lp. | Nazwa | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto | Stawka Vat w % | Wartość brutto |
| 1. | **Dozownik do mydła** | 24 szt. |  |  |  |  |
| 2. | **Pojemnik na papier toaletowy** | 8 szt. |  |  |  |  |
| 3.  | **Podajnik ręczników papierowych** | 20 szt. |  |  |  |  |
| 4. | **Kosz do ręczników papierowych** | 20 szt. |  |  |  |  |
| 5. | **Lustro uchylne** | 3 szt. |  |  |  |  |
| 6. | **Dozownik na płyn dezynfekujący** | 3 szt. |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH – OFEROWANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymaganych warunków, parametrów technicznych, właściwości technicznych i innych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **Wymagania** | **Podać** |  |
| **1** | **DOZOWNIK do mydła****-** na wkłady | **TAK** |  |
| **2** | **POJEMNIK na papier toaletowy** **-** na rolki | **TAK** |  |
| **3** | **PODAJNIK ręczników papierowych** manualny | **TAK** |  |
| **4** | **KOSZ do ręczników papierowych**- tworzywo sztuczne,- kosz otwarty,- wiszący | **TAK** |  |
| **5** | **LUSTRO uchylne**- ramka chromowana,- uchwyt = regulacja kąta nachylenia | **TAK** |  |
| **6** | **DOZOWNIK na płyn dezynfekujący**- bezdotykowy,- automatyczny**-** na baterie | **TAK** |  |
| **Warunki gwarancji** |
| **1** | Okres gwarancji | **TAK/PODAĆ** | …….m-cy*Deklarowany okres gwarancji należy podać w formularzu ofertowym* |
| **2** | Nazwa serwisu, adres, nr telefonu, e-mail | **TAK/PODAĆ** |  |
| **Inne** |
| **1** | Katalogi/foldery/zdjęcia producenta dotyczące oferowanych wyrobów standardowych  | **TAK** |  |
| **2** | Przedmiot zamówienia fabrycznie nowy, nieużywany | **TAK** |  |
| **3** | Kolorystyka– zgodnie z opracowaniem przygotowanym w przez zespół architektów Kaźmierczak, Samolewska-Architekci s.c. Załącznik nr 4 do siwz. Struktura powierzchni i kolorystyka do uzgodnienia z Zamawiającym na etapie realizacji. | **TAK** |  |

*Oświadczam, że oferowane wyroby spełniają wymagania techniczne zawarte w powyższym opisie, są kompletne, fabrycznie nowe i będą gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów*

………………………………….., dnia …………………..

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

 *(pieczątka i podpis osób/y uprawnionych do*

 *składania oświadczeń woli)*

**Nazwa Wykonawcy Załącznik 1a**

**Część nr 15**

**Formularz wymaganych/oferowanych parametrów**

|  |
| --- |
| **Szafa na leki, narzędzia i sprzęt medyczny** |
| **Szczegółowa wycena** |
| **Cena:** |
| Lp. | Nazwa | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto | Stawka Vat w % | Wartość brutto |
| 1. | Szafa na leki, narzędzia i sprzęt medyczny | 2 szt |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH – OFEROWANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymaganych warunków, parametrów technicznych, właściwości technicznych i innych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **Wymagania**  | **Podać** |  |
| **1** | **Szafa na leki, narzędzia i sprzęt medyczny** Korpus szafy wykonany z blachy malowanej proszkowo gr. 0,8-0,9 mm.Drzwi szafy przeszklone wykonane ze szkła hartowanegoMin. 4 półki wykonane ze szkła hartowanego, przestawne co min. 25 mmMaksymalny udźwig półek co najmniej 20 kgUchwyt drzwiowy z zamkiem zabezpieczającym ryglującym drzwi w dwóch punktach.Szafa jednodrzwiowa. | **TAK** |  |
| **2** | **Wymiary** 600 x 435 x 1800 mm.- tolerancja rozmiaru +/- 5% | **TAK** |  |
| **Warunki gwarancji** |
| **1** | Okres gwarancji | **TAK/PODAĆ** | …….m-cy*Deklarowany okres gwarancji należy podać w formularzu ofertowym* |
| **2** | Nazwa serwisu, adres, nr telefonu, e-mail | **TAK/PODAĆ** |  |
| **Inne** |
| **1** | Katalogi/foldery/zdjęcia producenta dotyczące oferowanych wyrobów standardowych  | **TAK** |  |
| **2** | Przedmiot zamówienia fabrycznie nowy, nie wcześniej niż 2020r , nieużywany | **TAK** |  |

*Oświadczam, że oferowane wyroby spełniają wymagania techniczne zawarte w powyższym opisie, są kompletne, fabrycznie nowe i będą gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów*

………………………………….., dnia …………………..

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

 *(pieczątka i podpis osób/y uprawnionych do*

 *składania oświadczeń woli)*

**Nazwa Wykonawcy Załącznik 1a**

**Część nr 16**

**Formularz wymaganych/oferowanych parametrów**

|  |
| --- |
| **Stolik na urządzenia** |
| **Szczegółowa wycena** |
| **Cena:** |
| Lp. | Nazwa | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto | Stawka Vat w % | Wartość brutto |
| 1. | Stolik na urządzenia | 3 szt. |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH – OFEROWANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymaganych warunków, parametrów technicznych, właściwości technicznych i innych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **Wymagania**  | **Podać** |  |
| **1** | Stolik pod aparaturę medyczną wykonany ze stali pokrytej lakierem proszkowym oraz aluminium,.Stolik na 4 kółkach jezdnych z hamulcem. Min. 3 półki oraz 1 szufladaPółki z możliwością ustawienia na dowolnej wysokości | **TAK** |  |
| **2** | **Wymiary** Szerokość: min. 50 cmWysokość: min. 95 cmGłębokość: min. 40 cmWymiary półki: min. 43 x 30 cmTolerancja rozmiarów +/- 5%Dopuszczalne obciążenie (na półkę): min. 10 kg | **TAK** |  |
| **Warunki gwarancji** |
| **1** | Okres gwarancji | **TAK/PODAĆ** | …….m-cy*Deklarowany okres gwarancji należy podać w formularzu ofertowym* |
| **2** | Nazwa serwisu, adres, nr telefonu, e-mail | **TAK/PODAĆ** |  |
| **Inne** |
| **1** | Katalogi/foldery/zdjęcia producenta dotyczące oferowanych wyrobów standardowych  | **TAK** |  |
| **2** | Przedmiot zamówienia fabrycznie nowy, nie wcześniej niż 2020r , nieużywany | **TAK** |  |
| **3** | Wyrób medyczny, Deklaracja zgodności CE | **TAK** |  |

*Oświadczam, że oferowane wyroby spełniają wymagania techniczne zawarte w powyższym opisie, są kompletne, fabrycznie nowe i będą gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów*

………………………………….., dnia …………………..

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

 *(pieczątka i podpis osób/y uprawnionych do*

 *składania oświadczeń woli)*

**Nazwa Wykonawcy Załącznik 1a**

**Część nr 17**

**Formularz wymaganych/oferowanych parametrów**

|  |
| --- |
| **Łóżka szpitalne** |
| **Szczegółowa wycena** |
| **Cena:** |
| Lp. | Nazwa | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto | Stawka Vat w % | Wartość brutto |
| 1. | **Łóżka szpitalne** | 7 szt. |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH – OFEROWANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymaganych warunków, parametrów technicznych, właściwości technicznych i innych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **Wymagania**  | **Podać** |  |
| **1** | Uniwersalne łóżko do opieki długoterminowej w drewnianej obudowie.Szczyty łóżka drewniane, trwale połączone z ramą leża.Barierki boczne drewniane, na całej długości leża w pełni zabezpieczające pacjenta tj. od szczytu głowy do szczytu nóg, bez wolnej przestrzeni pomiędzy szczeblem a barierką. 2 poziome szczeble. Barierki opuszczane/podnoszone pionowo w prowadnicach. Barierki ustawiane w 2 pozycjach. Barierki nie powodujące poszerzenia łóżka w najwyższej i najniższej pozycji oraz w trakcie ich opuszczania.Leża łóżka 4-sekcyjne w tym 3 ruchome. Części leża łatwo demontowalne, nadające się do dezynfekcji.Sterowanie elektryczne łóżka przy pomocy pilota przewodowego dla pacjenta i personelu. 3 przyciski z funkcjami i 2 przyciski sterujące.Trzy tryby działania pilota przewodowego:- tryb pacjenta - tryb pielęgniarski- tryb blokady Regulacja elektryczna części plecowej w zakresie 70° (+/- 5°).Elektryczna regulacja części nożnej w zakresie 30° (+/- 5°)Regulacja elektryczna wysokości leża w zakresie 360 mm do 780 mm gwarantująca bezpieczne opuszczanie leża i zapobiegająca „zeskakiwaniu” pacjenta z łóżka.Regulacja elektryczna funkcji autokontur; sterowanie przy pomocy pilota przewodowego.Funkcja autoregresji segmentu pleców oraz uda, niwelująca ryzyko powstawania odleżyn dzięki minimalizacji nacisku w odcinku krzyżowo-lędźwiowym a tym samym pełniąca funkcje profilaktyczną przeciwko odleżynom stopnia 1-4. W segmencie pleców: min. 9cm, w segmencie uda: min.5cm.Funkcja zaawansowanej autoregresji, system teleskopowego odsuwania się segmentu pleców oraz uda nie tylko do tyłu, ale i do góry (ruch po okręgu) podczas podnoszenia segmentów, w celu eliminacji sił tarcia będącymi potencjalnym zagrożeniem powstawania odleżyn stopnia 1:4.Diody LED na pilocie wskazujące wybraną funkcję regulacji łóżka.Konstrukcja pilota przewodowego zapobiegająca przed przypadkowym uruchomieniem funkcji sterowania łóżkiem na pilocie.Mechaniczna regulacja sekcji łydki.2 gniazda/tuleje w szczycie głowy do montażu dodatkowego wyposażenia (np. wysięgnika ręki)Bezpieczne obciążenie robocze na poziomie minimum 205 kgZasilanie 230V, 50Hz | **TAK** |  |
| **2** | **Wymiary** Pojedyncze koła jezdne o średnicy 100-125 mm z blokada indywidualną.Długość zewnętrzna łóżka - 2050 -2150 mmSzerokość zewnętrzna łóżka - 1030 mm (+/- 20 mm)Wymiary leża – 2000÷2050 mm x 790÷900 mm | **TAK** |  |
| **3** | Wyposażenie każdego łóżka:- materac z pianki poliuretanowej w pokrowcu paroprzepuszczalnym, wodoodpornym. Grubość min 10cm | **TAK** |  |
| **Warunki gwarancji** |
| **1** | Okres gwarancji | **TAK/PODAĆ** | …….m-cy*Deklarowany okres gwarancji należy podać w formularzu ofertowym* |
| **2** | Nazwa serwisu, adres, nr telefonu, e-mail | **TAK/PODAĆ** |  |
| **Inne** |
| **1** | Katalogi/foldery/zdjęcia producenta dotyczące oferowanych wyrobów standardowych  | **TAK** |  |
| **2** | Przedmiot zamówienia fabrycznie nowy, nie wcześniej niż 2020r , nieużywany | **TAK** |  |
| **3** | Wyrób medyczny, Deklaracja zgodności CE | **TAK** |  |

*Oświadczam, że oferowane wyroby spełniają wymagania techniczne zawarte w powyższym opisie, są kompletne, fabrycznie nowe i będą gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów*

………………………………….., dnia …………………..

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

 *(pieczątka i podpis osób/y uprawnionych do*

 *składania oświadczeń woli)*

**Nazwa Wykonawcy Załącznik 1a**

**Część nr 18**

**Formularz wymaganych/oferowanych parametrów**

|  |
| --- |
| **Materac przeciwodleżynowy** |
| **Szczegółowa wycena** |
| **Cena:** |
| Lp. | Nazwa | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto | Stawka Vat w % | Wartość brutto |
| 1. | **Materac przeciwodleżynowy** | 7 szt. |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH – OFEROWANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymaganych warunków, parametrów technicznych, właściwości technicznych i innych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **Wymagania**  | **Podać** |  |
| **1** | Materac pneumatyczny, zmiennociśnieniowy o konstrukcji rurowej.Misi posiadać wyłogi pozwalające na zamontowanie na zwykłym materacu łóżkowym.Ilość komór min. 17, Ilość komór z mikrowentylacją minimum 6.Pompa o wydajności minimum 8 L/min.Regulacja ciśnienia w zakresie minimum 40–100 mm Hg.Pobór prądu przez pompę maksymalnie 8W.Waga materaca max 4,8 kg, Poziom hałasu poniżej 35 dB.Dopuszczalne obciążenie materaca co najmniej 135kg.Wskaźnik wizualny prawidłowego ciśnienia. Alarm wizualny w przypadku spadku ciśnienia.Komory wypełniane są powietrzem w cyklach co najmniej 10 – 12 minut.Materac nieprzemakalny, zmywalny, odporny na środki dezynfekcyjne.Materac z ręczną regulacją ciśnienia w materacu pozwalającą na jego dostosowanie do wagi użytkownika.Zapasowa komora w komplecie oraz łącznik pozwalający na wypięcie jednej z rur.Pompa musi posiadać wymienny filtr antybakteryjny. | **TAK** |  |
| **2** | Wymiary całkowite materaca dł. 190-195 x szer. 82-90 x wys. 10-12 cm | **TAK** |  |
| **Warunki gwarancji** |
| **1** | Okres gwarancji | **TAK/PODAĆ** | …….m-cy*Deklarowany okres gwarancji należy podać w formularzu ofertowym* |
| **2** | Nazwa serwisu, adres, nr telefonu, e-mail | **TAK/PODAĆ** |  |
| **Inne** |
| **1** | Katalogi/foldery/zdjęcia producenta dotyczące oferowanych wyrobów standardowych  | **TAK** |  |
| **2** | Przedmiot zamówienia fabrycznie nowy, nie wcześniej niż 2020r , nieużywany | **TAK** |  |
| **3** | Wyrób medyczny, Deklaracja zgodności CE | **TAK** |  |

*Oświadczam, że oferowane wyroby spełniają wymagania techniczne zawarte w powyższym opisie, są kompletne, fabrycznie nowe i będą gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów*

………………………………….., dnia ………………….. ...............................................................................

 *(pieczątka i podpis osób/y uprawnionych do*

 *składania oświadczeń woli)*

**Nazwa Wykonawcy Załącznik 1a**

**Część nr 19**

**Formularz wymaganych/oferowanych parametrów**

|  |
| --- |
| **Szafka przyłóżkowa**  |
| **Szczegółowa wycena** |
| **Cena:** |
| Lp. | Nazwa | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto | Stawka Vat w % | Wartość brutto |
| 1. | **Szafka przyłóżkowa**  | 7 szt. |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH – OFEROWANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymaganych warunków, parametrów technicznych, właściwości technicznych i innych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **Wymagania**  | **Podać** |  |
| **1** | **Szafka przyłóżkowa** z możliwością ustawienia z prawej lub lewej strony łóżka Konstrukcja szafki lekka, kontenerowa wykonana z wysokiej jakości tworzywa sztucznego ABS, odpornego na środki dezynfekcyjne. Blat szafki wykonany z tworzywa. Czoła szuflad i drzwiczek wyposażone w uchwyty do otwierania nie wystające poza obrys szafki. Szafka wyposażona w uchwyty na ręczniki umieszczone na dwóch bokach szafki - składane do korpusu szafki. Szafka wyposażona w dodatkowy wysuwany z frontu blat np. do pisania lub jako miejsce na gazety, książkę itp. Szafka wyposażona w cztery koła o śr. min. 50 mm , w tym 2 z blokadą | **TAK** |  |
| **2** | **Wymiary** Szerokość całkowita: 450 mm (+/- 30 mm)Długość całkowita: 450 mm (+/-30 mm)Wysokość całkowita: 825 mm (+/-50 mm) | **TAK** |  |
| **Warunki gwarancji** |
| **1** | Okres gwarancji | **TAK/PODAĆ** | …….m-cy*Deklarowany okres gwarancji należy podać w formularzu ofertowym* |
| **2** | Nazwa serwisu, adres, nr telefonu, e-mail | **TAK/PODAĆ** |  |
| **Inne** |
| **1** | Katalogi/foldery/zdjęcia producenta dotyczące oferowanych wyrobów standardowych  | **TAK** |  |
| **2** | Przedmiot zamówienia fabrycznie nowy, nie wcześniej niż 2020r , nieużywany | **TAK** |  |
| **3** | Wyrób medyczny, Deklaracja zgodności CE | **TAK** |  |

*Oświadczam, że oferowane wyroby spełniają wymagania techniczne zawarte w powyższym opisie, są kompletne, fabrycznie nowe i będą gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów*

………………………………….., dnia …………………..

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

 *(pieczątka i podpis osób/y uprawnionych do*

 *składania oświadczeń woli)*

**Nazwa Wykonawcy Załącznik 1a**

**Część nr 20**

**Formularz wymaganych/oferowanych parametrów**

|  |
| --- |
| **Parawan** |
| **Szczegółowa wycena** |
| **Cena:** |
| Lp. | Nazwa | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto | Stawka Vat w % | Wartość brutto |
| 1. | **Parawan** | 7 szt |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH – OFEROWANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymaganych warunków, parametrów technicznych, właściwości technicznych i innych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **Wymagania**  | **Podać** |  |
| **1** | Jednoczęściowy parawan metalowySzerokość: 95 cm, Wysokość: 165 cm, Głębokość: 60 cmTolerancja rozmiarów ±5 %Wykonany z metalowych rurekPodstawa na trzech nóżkach z kółkamiMateriał ekranu w parawanie zmywalny Możliwość demontażu i montażu ekranu po odkręceniu górnego oraz dolnego pręta parawanu | **TAK** |  |
| **2** | **Wymiary** Szerokość: 95 cm, Wysokość: 165 cm, Głębokość: 60 cmTolerancja rozmiarów ±5 % | **TAK** |  |
| **Warunki gwarancji** |
| **1** | Okres gwarancji | **TAK/PODAĆ** | …….m-cy*Deklarowany okres gwarancji należy podać w formularzu ofertowym* |
| **2** | Nazwa serwisu, adres, nr telefonu, e-mail | **TAK/PODAĆ** |  |
| **Inne** |
| **1** | Katalogi/foldery/zdjęcia producenta dotyczące oferowanych wyrobów standardowych  | **TAK** |  |
| **2** | Przedmiot zamówienia fabrycznie nowy, nie wcześniej niż 2020r , nieużywany | **TAK** |  |
| **3** | Preferowany kolor biały, kolorystyka do uzgodnienia z Zamawiającym na etapie realizacji. | **TAK** |  |

*Oświadczam, że oferowane wyroby spełniają wymagania techniczne zawarte w powyższym opisie, są kompletne, fabrycznie nowe i będą gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów*

………………………………….., dnia …………………..

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

 *(pieczątka i podpis osób/y uprawnionych do*

 *składania oświadczeń woli)*

**Nazwa Wykonawcy Załącznik 1a**

**Część nr 21**

**Formularz wymaganych/oferowanych parametrów**

|  |
| --- |
| **Kozetka z taboretem** |
| **Szczegółowa wycena** |
| **Cena:** |
| Lp. | Nazwa | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto | Stawka Vat w % | Wartość brutto |
| 1. | **Kozetka z taboretem** | 2 szt. |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH – OFEROWANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymaganych warunków, parametrów technicznych, właściwości technicznych i innych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **Wymagania**  | **Podać** |  |
| **1** | **Kozetka** Rama nośna stalowa, całość lakierowana proszkowo na kolor białyLeże dwusegmentowe , tapicerowane materiałem zmywalnym, odpornym na zabrudzenia i przebarwienia oraz na środki dezynfekcyjne stosowane w placówkach służby zdrowia;Kolor do wyboru przez Zamawiającego. Wyrób medyczny. Deklaracja zgodności CEWYPOSAŻENIE. Uchwyt do mocowania rolki prześcieradła jednorazowego użytku | **TAK** |  |
|  | **Wymiary** - długość: 1850 mm (+/- 20 mm)- szerokość: 560 mm +/- 20 mm- wysokość: 500 mm +/- 20 mm | **TAK** |  |
| **2** | **Taboret** z okrągłym siedziskiem na podstawie plastikowej na kółkach.Siedzisko obite materiałem skóropodobnym o wysokich parametrach.Dopuszczalne obciążenie: min. 120 kg | **TAK** |  |
|  | **Wymiary**Wysokość: min. od 46 cm do 60 cmPodstawa o średnicy min. 600 mm.Siedzisko o średnicy min. 340 mm.Podstawa o średnicy min. 600 mm.Siedzisko o średnicy min. 340 mm. | **TAK** |  |
| **Warunki gwarancji** |
| **1** | Okres gwarancji | **TAK/PODAĆ** | …….m-cy*Deklarowany okres gwarancji należy podać w formularzu ofertowym* |
| **2** | Nazwa serwisu, adres, nr telefonu, e-mail | **TAK/PODAĆ** |  |
| **Inne** |
| **1** | Katalogi/foldery/zdjęcia producenta dotyczące oferowanych wyrobów standardowych  | **TAK** |  |
| **2** | Przedmiot zamówienia fabrycznie nowy, nie wcześniej niż 2020r , nieużywany | **TAK** |  |

*Oświadczam, że oferowane wyroby spełniają wymagania techniczne zawarte w powyższym opisie, są kompletne, fabrycznie nowe i będą gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów*

………………………………….., dnia …………………..

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

 *(pieczątka i podpis osób/y uprawnionych do*

 *składania oświadczeń woli)*

**Nazwa Wykonawcy Załącznik 1a**

**Część nr 22**

**Formularz wymaganych/oferowanych parametrów**

|  |
| --- |
| **Łóżko-wanna** |
| **Szczegółowa wycena** |
| **Cena:** |
| Lp. | Nazwa | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto | Stawka Vat w % | Wartość brutto |
| 1. | **Łóżko-wanna** | 1 szt |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH – OFEROWANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymaganych warunków, parametrów technicznych, właściwości technicznych i innych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **Wymagania**  | **Podać** |  |
| **1** | **Łóżko-wanna** do kąpieli w łóżkuWykonana z tworzywa PVCWyposażona w odpływ wodyW zestawie komplet zaczepów umożliwiających zamocowanie wanny w szczytach łóżka. | **TAK** |  |
|  | **Wymiary**: długość – 1950 mm; szerokość – 850 mm; wysokość – 250 mm, Tolerancja rozmiarów +/- 5%Dopuszczalne obciążenie co najmniej 90 kg | **TAK** |  |
| **Warunki gwarancji** |
| **1** | Okres gwarancji | **TAK/PODAĆ** | …….m-cy*Deklarowany okres gwarancji należy podać w formularzu ofertowym* |
| **2** | Nazwa serwisu, adres, nr telefonu, e-mail | **TAK/PODAĆ** |  |
| **Inne** |
| **1** | Katalogi/foldery/zdjęcia producenta dotyczące oferowanych wyrobów standardowych  | **TAK** |  |
| **2** | Przedmiot zamówienia fabrycznie nowy, nie wcześniej niż 2020r , nieużywany | **TAK** |  |

*Oświadczam, że oferowane wyroby spełniają wymagania techniczne zawarte w powyższym opisie, są kompletne, fabrycznie nowe i będą gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów*

………………………………….., dnia …………………..

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

 *(pieczątka i podpis osób/y uprawnionych do*

 *składania oświadczeń woli)*

**Nazwa Wykonawcy Załącznik 1a**

**Część nr 23**

**Formularz wymaganych/oferowanych parametrów**

|  |
| --- |
| **Drabinki** |
| **Szczegółowa wycena** |
| **Cena:** |
| Lp. | Nazwa | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto | Stawka Vat w % | Wartość brutto |
| 1. | **Drabinki** | 6 szt |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH – OFEROWANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymaganych warunków, parametrów technicznych, właściwości technicznych i innych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **Wymagania**  | **Podać** |  |
| **1** | **Drabinka** rehabilitacyjnaWykonana z drewna bukowegoW komplecie do każdej drabinki zestaw montażowy:- 8 szt. x śruby,- 4 szt. x uchwyty do mocowania.Szczeble owalne | **TAK** |  |
| **2** | **Wymiary:** szerokość – 90 cm; wysokość – 250 cm, gł – 10 cm; Tolerancja rozmiarów +/- 5% | **TAK** |  |
| **Warunki gwarancji** |
| **1** | Okres gwarancji | **TAK/PODAĆ** | …….m-cy*Deklarowany okres gwarancji należy podać w formularzu ofertowym* |
| **2** | Nazwa serwisu, adres, nr telefonu, e-mail | **TAK/PODAĆ** |  |
| **Inne** |
| **1** | Katalogi/foldery/zdjęcia producenta dotyczące oferowanych wyrobów standardowych  | **TAK** |  |
| **2** | Przedmiot zamówienia fabrycznie nowy, nie wcześniej niż 2020r , nieużywany | **TAK** |  |
| **3** | Zgodność z normą PN-EN 12346 lub równoważną | **TAK** |  |

*Oświadczam, że oferowane wyroby spełniają wymagania techniczne zawarte w powyższym opisie, są kompletne, fabrycznie nowe i będą gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów*

………………………………….., dnia …………………..

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

 *(pieczątka i podpis osób/y uprawnionych do*

 *składania oświadczeń woli)*

**Nazwa Wykonawcy Załącznik 1a**

**Część nr 24**

**Formularz wymaganych/oferowanych parametrów**

|  |
| --- |
| **Materac rehabilitacyjny** |
| Nazwa |  | Typ/Model |  |
| Producent/kraj |  | Rok prod. |  |
| **Cena:** |
| Lp. | Nazwa | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto | Stawka Vat w % | Wartość brutto |
| 1. | **Materac rehabilitacyjny** | 10 szt |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH – OFEROWANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymaganych warunków, parametrów technicznych, właściwości technicznych i innych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **Wymagania**  | **Podać** |  |
| **1** | **Materac rehabilitacyjny**Materac trzyczęściowy (składany) 195x85x5Wykonany z twardej pianki poliuretanowej.Materac pokryty wytrzymałym, łatwozmywalnym i odpornym na środki dezynfekcyjne materiałem skóropodobnym | **TAK** |  |
| **2** | **Wymiary**: szerokość – 85-90 cm; wysokość – 5-8 cm, długość – 180-195 cm;  | **TAK** |  |
| **Warunki gwarancji** |
| **1** | Okres gwarancji | **TAK/PODAĆ** | …….m-cy*Deklarowany okres gwarancji należy podać w formularzu ofertowym* |
| **2** | Nazwa serwisu, adres, nr telefonu, e-mail | **TAK/PODAĆ** |  |
| **Inne** |
| **1** | Katalogi/foldery/zdjęcia producenta dotyczące oferowanych wyrobów standardowych  | **TAK** |  |
| **2** | Przedmiot zamówienia fabrycznie nowy, nie wcześniej niż 2020r , nieużywany | **TAK** |  |

*Oświadczam, że oferowane wyroby spełniają wymagania techniczne zawarte w powyższym opisie, są kompletne, fabrycznie nowe i będą gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów*

………………………………….., dnia …………………..

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

 *(pieczątka i podpis osób/y uprawnionych do*

 *składania oświadczeń woli)*

**Nazwa Wykonawcy Załącznik 1a**

**Część nr 25**

**Formularz wymaganych/oferowanych parametrów**

|  |
| --- |
| **Zestaw rotorów do ćwiczeń kończyn górnych i dolnych** |
| **Szczegółowa wycena** |
| **Cena:** |
| Lp. | Nazwa | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto | Stawka Vat w % | Wartość brutto |
| 1. | **Zestaw rotorów do ćwiczeń kończyn górnych i dolnych** | 1 szt |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH – OFEROWANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymaganych warunków, parametrów technicznych, właściwości technicznych i innych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **Wymagania**  | **Podać** |  |
| **1** | **Rotor zespolony do ćwiczeń kończyn górnych i dolnych**Możliwość regulacji: oporu oraz długościwykonany jest ze stali malowanej proszkowoRotor z mechanizmem rotacyjnym z oporemWyposażony w uchwyty i pedałówW Komplecie 2 szt. rękawic rehabilitacyjnych | **TAK** |  |
| **2** | **Wymiary:**Długość: 70 - 100 cmSzerokość: 50 cmWysokość: 74 - 122 cmTolerancja rozmiarów +/- 5%Waga: max 18 kg | **TAK** |  |
| **Warunki gwarancji** |
| **1** | Okres gwarancji | **TAK/PODAĆ** | …….m-cy*Deklarowany okres gwarancji należy podać w formularzu ofertowym* |
| **2** | Nazwa serwisu, adres, nr telefonu, e-mail | **TAK/PODAĆ** |  |
| **Inne** |
| **1** | Katalogi/foldery/zdjęcia producenta dotyczące oferowanych wyrobów standardowych  | **TAK** |  |
| **2** | Przedmiot zamówienia fabrycznie nowy, nie wcześniej niż 2020r , nieużywany | **TAK** |  |
| **3** | Wyrób medyczny, Deklaracja zgodności CE |  |  |

*Oświadczam, że oferowane wyroby spełniają wymagania techniczne zawarte w powyższym opisie, są kompletne, fabrycznie nowe i będą gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów*

………………………………….., dnia …………………..

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

 *(pieczątka i podpis osób/y uprawnionych do*

 *składania oświadczeń woli)*

**Nazwa Wykonawcy Załącznik 1a**

**Część nr 26**

**Formularz wymaganych/oferowanych parametrów**

|  |
| --- |
| **Stół rehabilitacyjny** |
| **Szczegółowa wycena** |
| **Cena:** |
| Lp. | Nazwa | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto | Stawka Vat w % | Wartość brutto |
| 1. | **Stół rehabilitacyjny** | 1 szt |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH – OFEROWANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymaganych warunków, parametrów technicznych, właściwości technicznych i innych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **Wymagania**  | **Podać** |  |
| **1** | **Stół rehabilitacyjny** - Kozetka rehabilitacyjna dwusegmentowa.Tapicerowana materiałem skóropodobnym o wysokich parametrach, odporna na środki dezynfekcyjne.Blat dwuczęściowyOtwór z zatyczką w podgłówku oraz w leżuKonstrukcja stalowa malowana proszkowo na biało.Minimum 1 regulowana stopkaW komplecie wieszak na podkład celulozowy 6 lub 70 cm | **TAK** |  |
| **2** | **Wysokość:**Długość: min. 185 cmSzerokość min. 55 cmWysokość min. 55 cmRegulacja kąta nachylenia podgłówka w zakresie min. Od -60 do +45 stopni.Dopuszczalne obciążenie min. 180 kg. | **TAK** |  |
| **Warunki gwarancji** |
| **1** | Okres gwarancji | **TAK/PODAĆ** | …….m-cy*Deklarowany okres gwarancji należy podać w formularzu ofertowym* |
| **2** | Nazwa serwisu, adres, nr telefonu, e-mail | **TAK/PODAĆ** |  |
| **Inne** |
| **1** | Katalogi/foldery/zdjęcia producenta dotyczące oferowanych wyrobów standardowych  | **TAK** |  |
| **2** | Przedmiot zamówienia fabrycznie nowy, nie wcześniej niż 2020r , nieużywany | **TAK** |  |
| **3** | Wyrób medyczny, Deklaracja zgodności CE |  |  |

*Oświadczam, że oferowane wyroby spełniają wymagania techniczne zawarte w powyższym opisie, są kompletne, fabrycznie nowe i będą gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów*

………………………………….., dnia …………………..

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

 *(pieczątka i podpis osób/y uprawnionych do*

 *składania oświadczeń woli)*

**Nazwa Wykonawcy Załącznik 1a**

**Część nr 27**

**Formularz wymaganych/oferowanych parametrów**

|  |
| --- |
| **Kabina do ćwiczeń i zawieszeń** |
| **Szczegółowa wycena** |
| **Cena:** |
| Lp. | Nazwa | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto | Stawka Vat w % | Wartość brutto |
| 1. | **Kabina do ćwiczeń i zawieszeń** | 1 kpl |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH – OFEROWANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymaganych warunków, parametrów technicznych, właściwości technicznych i innych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **Wymagania**  | **Podać** |  |
| **1** | Kabina typu UGUL do ćwiczeń rehabilitacyjnych.Konstrukcja stalowa malowana proszkowo w kolorze białymOsprzęt minimalny do ww kabiny (tolerancja rozmiarów +/- 3%)- linka dł. 1600 mm -8szt.- linka dł. 960 mm -2 szt.- linka dł. 2450 mm -1 szt.- linka dł. 5720 mm -1 szt.- linka dł. 3750 mm -2 szt.- podwieszka przedr. i podudzi 420x100 mm - 4 szt.- podwieszka ud i ramion 540x135 mm - 4 szt.- podwieszka pod miednicę 830x230 mm - 1 szt.- podwieszka klatki piersiowej820x300 mm - 1 szt.- podwieszka pod głowę 150 x 530 mm -1 szt.- podwieszka stóp 75 x 610 mm -2 szt.- podwieszka dwustawowa (pelota160x80 pas 40x135 mm) -2 szt.- pas do wyciągu za miednicę 1330 x170mm - 1 szt.- kamaszek 135x170 mm -1 szt.- ciężarek miękki 0,5 kg -2 szt.- ciężarek miękki 1,0 kg -2 szt.- ciężarek miękki 1,5 kg -1 szt.- ciężarek miękki 2,0 kg -1 szt.- ciężarek miękki 2,5 kg -1 szt.- ciężarek miękki 3,0 kg -1 szt.- esik 30 szt. | **TAK** |  |
| **2** | Długość min. 2000 mm.Szerokość min. 2000 mm.Wysokość min. 2030 mm.Waga 114-120 kg | **TAK** |  |
| **Warunki gwarancji** |
| **1** | Okres gwarancji | **TAK/PODAĆ** | …….m-cy*Deklarowany okres gwarancji należy podać w formularzu ofertowym* |
| **2** | Nazwa serwisu, adres, nr telefonu, e-mail | **TAK/PODAĆ** |  |
| **Inne** |
| **1** | Katalogi/foldery/zdjęcia producenta dotyczące oferowanych wyrobów standardowych  | **TAK** |  |
| **2** | Przedmiot zamówienia fabrycznie nowy, nie wcześniej niż 2020r , nieużywany | **TAK** |  |

*Oświadczam, że oferowane wyroby spełniają wymagania techniczne zawarte w powyższym opisie, są kompletne, fabrycznie nowe i będą gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów*

………………………………….., dnia …………………..

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

 *(pieczątka i podpis osób/y uprawnionych do*

 *składania oświadczeń woli)*

**Nazwa Wykonawcy Załącznik 1a**

**Część nr 28**

**Formularz wymaganych/oferowanych parametrów**

|  |
| --- |
| **Urządzenie do krioterapii** |
| **Szczegółowa wycena** |
| **Cena:** |
| Lp. | Nazwa | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto | Stawka Vat w % | Wartość brutto |
| 1. | **Urządzenie do krioterapii** | 1 szt |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH – OFEROWANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymaganych warunków, parametrów technicznych, właściwości technicznych i innych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **Wymagania**  | **Podać** |  |
| **1** | **Aparat do krioterapii** z nadmuchem na tkankę parami dwutlenku węgla.Precyzyjne schładzanie wybranej okolicy ciałaCzynnik roboczy CO2 w fazie ciekłejAparat można używać z butlami CO2 -10, 20 lub 40 l Zakres temperatury co najmniej -65ºC ÷ -75ºCMusi posiadać licznik czasu zabieguMusi posiadać licznik czasu pracy butliMusi posiadać wskaźnik ciśnienia gazuZasilanie – 230 VMinimalny zzas pracy urządzenia dla zbiorników czynnika roboczego:• butla syfonowa 10 l CO2 czas pracy - około 1 h (15 – 20 zabiegów)• butla syfonowa 40 l CO2 czas pracy - około 4 h (60 – 80 zabiegów)Maksymalny pobór mocy max 10WCiśnienie robocze nominalne: 5÷6 MPa, maksymalne co najmniej 8 MPaWymiary maksymalne 300 x 300 x 180 mmZastosowanie co najmniej:- choroby reumatyczne i zwyrodnieniowe stawów,- zespoły bólowe, nerwobóle,- stany pourazowe - w fazie naprawczej,- nadmierne napięcie mięśniowe,- w rehabilitacji po zabiegach operacyjnych - po artroskopii,- wspomaganie leczenia urazów i kontuzjiWaga max3 kgMinimalne wyposażenie urządzenia:- dysza średnia, przeznaczona do schładzania większych powierzchni skóry – 1 szt.- dysza duża o największej średnicy przeznaczona do schładzania dużych powierzchni skóry (np. bark, plecy) – 1 szt. | **TAK** |  |
| **Warunki gwarancji** |
| **1** | Okres gwarancji | **TAK/PODAĆ** | …….m-cy*Deklarowany okres gwarancji należy podać w formularzu ofertowym* |
| **2** | Nazwa serwisu, adres, nr telefonu, e-mail | **TAK/PODAĆ** |  |
| **Inne** |
| **1** | Katalogi/foldery/zdjęcia producenta dotyczące oferowanych wyrobów standardowych  | **TAK** |  |
| **2** | Przedmiot zamówienia fabrycznie nowy, nie wcześniej niż 2020r , nieużywany | **TAK** |  |
| **3** | Instrukcja obsługa w języku polskim wraz z dostawą | **TAK** |  |
| **4** | Deklaracja zgodności CE | **TAK** |  |

*Oświadczam, że oferowane wyroby spełniają wymagania techniczne zawarte w powyższym opisie, są kompletne, fabrycznie nowe i będą gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów*

………………………………….., dnia …………………..

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

 *(pieczątka i podpis osób/y uprawnionych do*

 *składania oświadczeń woli)*

**Nazwa Wykonawcy Załącznik 1a**

**Część nr 29**

**Formularz wymaganych/oferowanych parametrów**

|  |
| --- |
| **Stół do masażu** |
| **Szczegółowa wycena** |
| **Cena:** |
| Lp. | Nazwa | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto | Stawka Vat w % | Wartość brutto |
| 1. | **Stół do masażu** | 1 szt |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH – OFEROWANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymaganych warunków, parametrów technicznych, właściwości technicznych i innych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **Wymagania**  | **Podać** |  |
| **1** | Składany stabilny stół do masażuWykonany z aluminium z elementami drewnianymi wykończenia spodu blatuPod blatem stołu elastyczne pasy do łatwego przenoszeniaNogi stołu połączone systemem stalowych linekMożliwość szybkiego składania i rozkładania stołuMożliwość łatwej regulacji wysokości stołu w zakresie min. 68-81 cmLeży wykończone materiałem skóropodobnym lub winylowym o wysokich parametrach wytrzymałościowych, odpornym na środki dezynfekcyjneZagłówek z wycięciem na twarzWyposażony w 2 półki pod ramionaMaksymalne obciążenie co najmniej: 150 kgWaga max 18 kg | **TAK** |  |
| **2** | **Wymiary:**Długość: 180-190 cmSzerokość: 60 - 70 cm | **TAK** |  |
| **Warunki gwarancji** |
| **1** | Okres gwarancji | **TAK/PODAĆ** | …….m-cy*Deklarowany okres gwarancji należy podać w formularzu ofertowym* |
| **2** | Nazwa serwisu, adres, nr telefonu, e-mail | **TAK/PODAĆ** |  |
| **Inne** |
| **1** | Katalogi/foldery/zdjęcia producenta dotyczące oferowanych wyrobów standardowych  | **TAK** |  |
| **2** | Przedmiot zamówienia fabrycznie nowy, nie wcześniej niż 2020r , nieużywany | **TAK** |  |

*Oświadczam, że oferowane wyroby spełniają wymagania techniczne zawarte w powyższym opisie, są kompletne, fabrycznie nowe i będą gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów*

………………………………….., dnia …………………..

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

 *(pieczątka i podpis osób/y uprawnionych do*

 *składania oświadczeń woli)*

**Nazwa Wykonawcy Załącznik 1a**

**Część nr 30**

**Formularz wymaganych/oferowanych parametrów**

|  |
| --- |
| **Parawan 140-160** |
| **Szczegółowa wycena** |
| **Cena:** |
| Lp. | Nazwa | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto | Stawka Vat w % | Wartość brutto |
| 1. | **Parawan 140-160** | 4 szt |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH – OFEROWANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymaganych warunków, parametrów technicznych, właściwości technicznych i innych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **Wymagania**  | **Podać** |  |
| **1** | Jednoczęściowy parawan metalowyWykonany z metalowych rurekParawan wyposażony w kółka xz hamulcemMateriał zmywalny | **TAK** |  |
| **2** | **Wymiary:**Szerokość: 140-160 cmGłębokość max 65 cmWysokość 170-180 cmWaga max 6 kg | **TAK** |  |
| **Warunki gwarancji** |
| **1** | Okres gwarancji | **TAK/PODAĆ** | …….m-cy*Deklarowany okres gwarancji należy podać w formularzu ofertowym* |
| **2** | Nazwa serwisu, adres, nr telefonu, e-mail | **TAK/PODAĆ** |  |
| **Inne** |
| **1** | Katalogi/foldery/zdjęcia producenta dotyczące oferowanych wyrobów standardowych  | **TAK** |  |
| **2** | Przedmiot zamówienia fabrycznie nowy, nie wcześniej niż 2020r , nieużywany | **TAK** |  |

*Oświadczam, że oferowane wyroby spełniają wymagania techniczne zawarte w powyższym opisie, są kompletne, fabrycznie nowe i będą gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów*

………………………………….., dnia …………………..

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

 *(pieczątka i podpis osób/y uprawnionych do*

 *składania oświadczeń woli)*

**Nazwa Wykonawcy Załącznik 1a**

**Część nr 31**

**Formularz wymaganych/oferowanych parametrów**

|  |
| --- |
| **Urządzenie do elektrostymulacji** |
| **Szczegółowa wycena** |
| **Cena:** |
| Lp. | Nazwa | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto | Stawka Vat w % | Wartość brutto |
| 1. | **Urządzenie do elektrostymulacji** | 1 szt |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH – OFEROWANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymaganych warunków, parametrów technicznych, właściwości technicznych i innych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **Wymagania**  | **Podać** |  |
| **1** | Dwukanałowe urządzenie do elektrostymulacjiUrządzanie posiadające min. 3 metody rehabilitacji: biofeedback EMG, elektrostymulacja nerwowo-mięśniowa EMS oraz stymulacja ETSUrządzanie posiadające minimum 50 programów w zakresie co najmniej leczenia urologicznego, rehabilitacji mięśni, uśmierzenia bólu, ćwiczeń sportowychMożliwość wprowadzenia minimum 10 programów własnychWyświetlacz LCD min. 2,4'Minimum 5 trybów stymulacji dwukanałowej: ciągła, synchroniczna z możliwości ustawienia czasu przesunięcia, naprzemienna, modulowana, uderzeniowa2 tryby pracy : Obsługa przy użyciu przyciskówPróg EMG manualny i próg automatycznyWyposażone w filtr wąskopasmowy eliminujący zakłócenia EMG w okolicy sercaWyposażone w filtr szerokopasmowy eliminujący zakłócenia sieci energetycznejPrezentacja aktywności mięśni w formie wizualnej i dźwiękowejUrządzenie oblicza dane statystyczne przy wykorzystaniu historii urządzeniaStandard połączenia elektrod: pin 2mmMinimalne wyposażenie dodatkowe urządzenia:- wielorazowe elektrody samoprzylepne 5x5 cm 20 szt.- wielorazowe elektrody samoprzylepne 5x10 cm 10 szt.- sonda dopochwowa – 1 szt.- podstawa do ustawienia urządzenia w pionie - szt.- przewód podwójny do elektrod EMG lub sondy czerwony – 1 szt.- przewód podwójny do elektrod EMG lub sondy biały – 1 szt.- prewód referencyjny czarny – 1 szt.- futerał – 1 szt.Zasilane bateryjne – baterie na wyposażeniu | **TAK** |  |
| **Warunki gwarancji** |
| **1** | Okres gwarancji | **TAK/PODAĆ** | …….m-cy*Deklarowany okres gwarancji należy podać w formularzu ofertowym* |
| **2** | Nazwa serwisu, adres, nr telefonu, e-mail | **TAK/PODAĆ** |  |
| **Inne** |
| **1** | Katalogi/foldery/zdjęcia producenta dotyczące oferowanych wyrobów standardowych  | **TAK** |  |
| **2** | Przedmiot zamówienia fabrycznie nowy, nie wcześniej niż 2020r , nieużywany | **TAK** |  |
| **3** | Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą | **TAK** |  |
| **4** | Wyrób medyczny, Deklaracja zgodności CE | **TAK** |  |

*Oświadczam, że oferowane wyroby spełniają wymagania techniczne zawarte w powyższym opisie, są kompletne, fabrycznie nowe i będą gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów*

………………………………….., dnia …………………..

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

 *(pieczątka i podpis osób/y uprawnionych do*

 *składania oświadczeń woli)*

**Nazwa Wykonawcy Załącznik 1a**

**Część nr 32**

**Formularz wymaganych/oferowanych parametrów**

|  |
| --- |
| **Urządzenie do światłolecznictwa** |
| **Szczegółowa wycena** |
| **Cena:** |
| Lp. | Nazwa | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto | Stawka Vat w % | Wartość brutto |
| 1. | **Urządzenie do światłolecznictwa** | 1 szt |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH – OFEROWANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymaganych warunków, parametrów technicznych, właściwości technicznych i innych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **Wymagania**  | **Podać** |  |
| **1** | Lampa do naświetlań i światłolecznictwaWyposażona w sterownik z zegarem zabiegowym i regulacją natężenia promieniowaniaWyposażona w wyświetlacz cyfrowy pokazujący ustawione natężenie i czas pozostały do zakończenia zabieguMożliwość ustawiania sekwencji jasność/czas w obrębie jednego zabieguPromieniowanie:• promieniowanie podczerwone IR-A• zmniejszenie napięcia mięśni• rozszerzenie naczyń krwionośnych, poprawa ukrwienia• podwyższenie progu odczuwania bólu• wzmożenie przemiany materiiMaksymalna moc żarówki 375 -400 WMożliwość regulacji jasności co najmniej 10 – 100 %, krok minimum 10 %Zegar zabiegowy 1 – 30 minZasilanie, 230 V, 50 Hz, pobór mocy max 500 WWymiary 50-55x60-70x110-120 cm max co najmniej 190 cmMasa max 15 kgWyposażona w wymuszone chłodzenie tubusaWyposażona w siatkę zabezpieczającaStabilna konstrukcja mechaniczna, podstawa wyposażona w kółka z hamulcamiFiltry (czerwony, niebieski)Minimum 10 programów zabiegowych do ustawienia dla użytkownikaMinimalne wyposażenie dodatkowe urządzenia:• przewód sieciowy – 1 szt.• promiennik– 1 szt.• filtr czerwony – 1 szt.• filtr niebieski – 1 szt.• okulary ochronne dla pacjenta – 1 szt.• okulary ochronne dla terapeuty – 1 szt. | **TAK** |  |
| **Warunki gwarancji** |
| **1** | Okres gwarancji | **TAK/PODAĆ** | …….m-cy*Deklarowany okres gwarancji należy podać w formularzu ofertowym* |
| **2** | Nazwa serwisu, adres, nr telefonu, e-mail | **TAK/PODAĆ** |  |
| **Inne** |
| **1** | Katalogi/foldery/zdjęcia producenta dotyczące oferowanych wyrobów standardowych  | **TAK** |  |
| **2** | Przedmiot zamówienia fabrycznie nowy, nie wcześniej niż 2020r , nieużywany | **TAK** |  |
| **3**  | Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą | **TAK** |  |
| **4** | Wyrób medyczny, Deklaracja zgodności CE | **TAK** |  |

*Oświadczam, że oferowane wyroby spełniają wymagania techniczne zawarte w powyższym opisie, są kompletne, fabrycznie nowe i będą gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów*

………………………………….., dnia …………………..

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

 *(pieczątka i podpis osób/y uprawnionych do*

 *składania oświadczeń woli)*

**Nazwa Wykonawcy Załącznik 1a**

**Część nr 33**

**Formularz wymaganych/oferowanych parametrów**

|  |
| --- |
| **Aparat do magnetoterapii** |
| **Szczegółowa wycena** |
| **Cena:** |
| Lp. | Nazwa | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto | Stawka Vat w % | Wartość brutto |
| 1. | **Aparat do magnetoterapii** | 1 szt |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH – OFEROWANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymaganych warunków, parametrów technicznych, właściwości technicznych i innych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **Wymagania**  | **Podać** |  |
| **1** | Aparat do terapii polem magnetycznym niskiej częstotliwościAparat z dwoma niezależnymi kanałamiKolorowy wyświetlacz dotykowy LCD minimum 5"Możliwość pracy ze zmieniającą się automatycznie podczas zabiegu częstotliwością terapeutyczną w zakresie min. 0 ÷ 50 HzMożliwość nastawy zakresu częstotliwości pola magnetycznego z dokładnością do co najmniej 0,01 Hz za pomocą klawiatury ekranowejZawiera listę programów wbudowanych opartą na wizualizacjach 3D obrazujących wykonanie wybranego zabieguTryb pracy: programowy/ manualnyCzęstotliwość pracy: min. 2 ÷ 140 HzAutotest - bieżąca kontrola sprawności aparatuTryb przerywany: impuls 1s/przerwa 0,5 ÷ 8 sZegar zabiegowy: maksymalnie 60 minutZasilanie, 230 V ±10 %, 50/60 Hz, Pobór mocy: max 350 VAPole magnetyczne:- kształt pola: prostokątny zmodyfikowany, trójkątny, sinusoidalny, impulsowy, półprostokątny zmodyfikowany, półtrójkątny, półsinusoidalny, półimpulsowy- emisja ciągła i impulsowa- szeroki zakres częstotliwości pola- spektrum częstotliwości (praca ze zmieniającą się automatycznie częstotliwością pola)- duża indukcja pola magnetycznegoMasa sterownika max 7 kgWbudowane programy zabiegowe dla aplikatora CS60 (minimum 40), dla aplikatora CS35(minimum 20), dla aplikatora CP (minimum 40), dla aplikatora CPEP(minimum 40), dla Trybu dualnego(minimum 40)Minimum 40 programów do ustawienia dla użytkownikaMinimalne wyposażenie dodatkowe urządzenia:- aplikator szpulowy CS60 o średnicy wew. 60 cm, zintegrowany z leżanką za pomocą systemu jezdnego, wyposażony w wizualny wskaźnik aktywności pola magnetycznego- aplikator szpulowy CS35 o średnicy wew. 35 cm, wyposażony w wizualny wskaźnik aktywności pola magnetycznego, z wbudowaną poduszką w miejscu aplikacji - leżanka pola magnetycznego, konstrukcji nie może zakłócać sił pola magnetycznego, wyposażona w zagłowek- stolik pod aplikator pola magnetycznego wymiarach 580x500x775mm tolerancja +/- 5%, wyposażony w dwie półki do terapii na kończyny górne lub dolne, stolik na kółkach z hamulcem, - przewód sieciowy, - bezpieczniki zapasowe WTA-T 3,15 A/250 V- magnes stały- okulary ochronne dla pacjenta - gogle- rysik do pojemnościowego ekranu dotykowego | **TAK** |  |
| **Warunki gwarancji** |
| **1** | Okres gwarancji | **TAK/PODAĆ** | …….m-cy*Deklarowany okres gwarancji należy podać w formularzu ofertowym* |
| **2** | Nazwa serwisu, adres, nr telefonu, e-mail | **TAK/PODAĆ** |  |
| **Inne** |
| **1** | Katalogi/foldery/zdjęcia producenta dotyczące oferowanych wyrobów standardowych  | **TAK** |  |
| **2** | Przedmiot zamówienia fabrycznie nowy, nie wcześniej niż 2020r , nieużywany | **TAK** |  |
| **3** | Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą | **TAK** |  |
| **4** | Wyrób medyczny, Deklaracja zgodności CE | **TAK** |  |

*Oświadczam, że oferowane wyroby spełniają wymagania techniczne zawarte w powyższym opisie, są kompletne, fabrycznie nowe i będą gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów*

………………………………….., dnia …………………..

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

 *(pieczątka i podpis osób/y uprawnionych do*

 *składania oświadczeń woli)*

**Nazwa Wykonawcy Załącznik 1a**

**Część nr 34**

**Formularz wymaganych/oferowanych parametrów**

|  |
| --- |
| **Aparat do EKG** |
| **Szczegółowa wycena** |
| **Cena:** |
| Lp. | Nazwa | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto | Stawka Vat w % | Wartość brutto |
| 1. | **Aparat do EKG** | 1 szt |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH – OFEROWANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymaganych warunków, parametrów technicznych, właściwości technicznych i innych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **Wymagania**  | **Podać** |  |
| **1** | Przenośny aparat EKG 12-odprowadzeniowyKolorowy ekran dotykowy minimum 5”Praca w trybie ręcznym i AUTOWydruk na papierze 100-110 mm.Zasilanie sieciowe i akumulatorowe;Czas ładowania akumulatorów max 4 hPomiar EKG:HR, RR, PR, QRS, QT, QTc, P,R,T, R(V5), R(V6), SV1Prędkość minimum 5, 10, 25, 50 [mm/s]Czułość 5, 10, 20 [mV/mm]Kontrola kontaktu elektrodWymiary max 280 x 200 x 80 mmWaga max 1,8Częstotliwość próbkowania minimum 500[s/kanał]Filtr mięśniowy 25/40[Hz] | **TAK** |  |
| **Warunki gwarancji** |
| **1** | Okres gwarancji | **TAK/PODAĆ** | …….m-cy*Deklarowany okres gwarancji należy podać w formularzu ofertowym* |
| **2** | Nazwa serwisu, adres, nr telefonu, e-mail | **TAK/PODAĆ** |  |
| **Inne** |
| **1** | Katalogi/foldery/zdjęcia producenta dotyczące oferowanych wyrobów standardowych  | **TAK** |  |
| **2** | Przedmiot zamówienia fabrycznie nowy, nie wcześniej niż 2020r , nieużywany | **TAK** |  |
| **3** | Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą | **TAK** |  |
| **4** | Wyrób medyczny, Deklaracja zgodności CE | **TAK** |  |

*Oświadczam, że oferowane wyroby spełniają wymagania techniczne zawarte w powyższym opisie, są kompletne, fabrycznie nowe i będą gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów*

………………………………….., dnia …………………..

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

 *(pieczątka i podpis osób/y uprawnionych do*

 *składania oświadczeń woli)*

**Nazwa Wykonawcy Załącznik 1a**

**Część nr 35**

**Formularz wymaganych/oferowanych parametrów**

|  |
| --- |
| **Zestaw do reanimacji** |
| **Szczegółowa wycena** |
| **Cena:** |
| Lp. | Nazwa | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto | Stawka Vat w % | Wartość brutto |
| 1. | **Zestaw do reanimacji** | 1 szt |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH – OFEROWANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymaganych warunków, parametrów technicznych, właściwości technicznych i innych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **Wymagania**  | **Podać** |  |
| **1** | Zestaw do reanimacji przeznaczony do prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej Zestaw zawiera wyposażenie umożliwiające przeprowadzenie procedur medycznych :Tlenoterapię biernąTlenoterapię aktywną + odsysanieIntubację i udrażnianie dróg oddechowychPodawanie płynów, iniekcjeOpatrywanie ranIndywidualną ochronę ratownikówMinimalny skład zestawu:Tlenoterapia bierna- Butla na tlen medyczny o pojemności min 2 l z zaworem w wersji DIN ¾’ z możliwością pracy w pionie- Reduktor tlenowy z szybkozłączem typu AGA, z możliwością regulacji tlenu 0-25 l/min i przyłączem DIN G 3/4 cala- Przewód tlenowy o długości min 10m- Maska do tlenoterapii biernej dla dorosłych- Maska do tlenoterapii biernej dla dzieciTlenoterapię aktywna oraz odsysanie:- Resuscytator wielorazowego użytku (silikonowy) dla osób dorosłych umożliwiający wentylację bierną i czynną 100% tlenem ze złączką i rezerwuarem tlenu ok. 2500ml, maską twarzową nr 5 oraz przewodem tlenowym o długości min 2m- Maska twarzowa do resuscytatora dla dzieci (rozmiar nr 3)- Jałowe filtry antybakteryjne typu HME – 5 sztuk- Ssak ręczny przeznaczony do odsysania wydzielin z jamy ustnej, zawierający cewnik dla pacjentów dorosłych i pediatrycznychIntubacja i udrażnianie dróg oddechowych: - Zestaw rurek ustno-gardłowych typu Guedela, (rozmiary 0-5) – 6 sztuk- Maski krtaniowe (rozmiary 3, 4, 5) – 3 sztuki - Rurki intubacyjne (rozmiary 6, 7, 8, 9) – 4 sztuki- Laryngoskop wielorazowego użytku z łyżkami typu McIntosch Nr 2, 3, 4 (z pokrowcem)Podawanie płynów, iniekcje-strzykawka 2 ml – 2 sztuki,-strzykawka 5 ml – 2 sztuki,-strzykawka 10 ml – 2 sztuki,-strzykawka 20 ml – 2 sztuki,-igła do iniekcji 0.9 x 40 mm – 5 sztuk,-igła do iniekcji 1.1 x 40 mm – 5 sztuk,-kaniula 0,9 x 25 mm – 2 sztuki,-kaniula 1,1 x 32 mm – 2 sztuki,-kaniula 1,3 x 45 mm – 2 sztuki,-kaniula 1,5 x 45 mm – 2 sztuki,-aparat do przetaczania płynów infuzyjnych-staza zaciskowa-opatrunek do mocowania kaniul – 5 sztukOpatrywanie ran:-Kompres gazowy niejałowy 5 x 5 cm – 100 sztuk-Opaska elastyczna 10cm x 4m – 3 sztuki-Opaska elastyczna 12cm x 4m – 3 sztuki-Opaska dziana 10cm x 4m – 5 sztuk-Gaza opatrunkowa 1m2 – 3 sztuki-Gaza opatrunkowa 1/2 m2 – 3 sztuki-Przylepiec tkaninowy 5 cm x 5 m-Plaster poiniekcyjny – 5 sztuk,Indywidualna ochrona :-Rękawiczki nitrylowe – 10 sztukZestaw uzupełniający:-Kleszcze typu Magilla-Latarka diagnostyczna -Sól fizjologiczna 0,9% 250 ml – 2 sztuki-Płyn do dezynfekcji rąk i skóry 250 ml-Nożyczki ratownicze-Nóż do cięcia pasów i zbijania szybTorba do zestawu reanimacyjnego:Torba składająca się z przestronnej komory głównej, z min. 4 luźnymi kieszeniamiKlapa z dwiema siatkowanymi kieszeniami na zamek. Dwie kieszenie boczne Torba posiada specjalne miejsce na butlę tlenową, która jest zapinana na rzepyWaga: max 2,5 kgWymiary max : 60 x 40 x 38 cm | **TAK** |  |
| **Warunki gwarancji** |
| **1** | Okres gwarancji | **TAK/PODAĆ** | …….m-cy*Deklarowany okres gwarancji należy podać w formularzu ofertowym* |
| **2** | Nazwa serwisu, adres, nr telefonu, e-mail | **TAK/PODAĆ** |  |
| **Inne** |
| **1** | Katalogi/foldery/zdjęcia producenta dotyczące oferowanych wyrobów standardowych  | **TAK** |  |
| **2** | Przedmiot zamówienia fabrycznie nowy, nie wcześniej niż 2020r , nieużywany | **TAK** |  |
| **3** | Wyrób medyczny, Deklaracja zgodności CE | **TAK** |  |

*Oświadczam, że oferowane wyroby spełniają wymagania techniczne zawarte w powyższym opisie, są kompletne, fabrycznie nowe i będą gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów*

………………………………….., dnia …………………..

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

 *(pieczątka i podpis osób/y uprawnionych do*

 *składania oświadczeń woli)*