| **ASORTYMENT CZĘŚĆ II- SPRZĘT MEDYCZNY** |
| --- |
| **Asortyment** | **Parametry (wymagania minimalne)** | **Sztuk** | **Cena netto** | **Stawka VAT** | **Cena brutto** | **Wymogi**  | **Parametry (wypełnia Wykonawca)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7\*** | **8\*** |
| **1) ŁÓŻKO REHABILITACYJNE****STEROWANE ELEKTRYCZNIE** | 1. Wymiary zewnętrzne łóżka: długość całkowita 219 cm +/- 2 cm , szerokość całkowita 103 cm +/- 2 cm
2. Wymiary leża: długość 200 cm +/- 1 cm, szerokość 90 cm +/- 1 cm;
3. Minimalna nośność łóżka 150 kg.
4. Segmenty pleców i ud regulowane elektrycznie pilotem.
5. Elektryczna sterowana pilotem regulacja wysokości leża od podłogi od 40 cm +/- 5 cm do 80 cm +/- 5cm.
6. W komplecie wysięgnik z trójkątem.
7. Barierki drewnopochodne na całej długości leża.
8. Barierki w kolorze szczytów drewnopochodnych.
9. Elementy drewnopochodne w kolorze buk.
10. Zasadnicze metalowe elementy konstrukcji malowane proszkowo.
11. Konstrukcja na kółkach jezdnych blokowanych.
12. Gwarancja min. 24 miesiące.
13. Deklaracja zgodności z normami UE.
14. **Nazwa oferowanego sprzętu\***

**Producent:........................................****Typ:...................................................** | 40 |  |  |  | TAK PODAĆTAK PODAĆTAK PODAĆTAKTAK PODAĆTAKTAKTAKTAKTAKTAKTAK PODAĆTAK |  |
| **2) MATERAC PRZECIWODLEŻYNOWY PIANKOWY** | 1. Wymiary: długość x szerokość x wysokość 200cm x 90 cm x 15 cm ( z tolerancją +/- 2 cm).
2. Obleczony w zdejmowalny, nieprzemakalny i paroprzepuszczalny pokrowiec.
3. Skuteczność w leczeniu odleżyn do IVgo stopnia wg skali EPUAP.
4. Nośność materaca min. 145 kg
5. Gwarancja min. 24 miesiące.
6. Deklaracja zgodności z normami UE.
7. **Nazwa oferowanego sprzętu**

**Producent:........................................****Typ\*:...................................................** | 50 |  |  |  | TAK PODAĆTAKTAKTAK PODAĆTAK |  |
| **3) WÓZEK DO TRANSPORTU PACJENTA LEŻĄCEGO** | 1. Wózek do transportu pacjenta leżącego wyposażony w :

- barierki boczne,- szczytowe uchwyty do pchania,- regulacje kąta zagłówka, - regulację wysokości leża,- 4 koła jezdne, w tym co najmniej 2 z blokadą2. Wykonany ze stali malowanej proszkowo. 3. Udźwig min. 150 kg.4. Wymiary wózka- długość max. 195 cm , szerokość max. 65cm5. Gwarancja min. 24 miesiące.6. Deklaracja zgodności z normami UE.7. **Nazwa oferowanego sprzętu****Producent:........................................****Typ:...................................................** | 1 |  |  |  | TAK PODAĆTAKTAK PODAĆTAK PODAĆTAK PODAĆTAK |  |
| **4) TERMOMETR BEZDOTYKOWY****NAŚCIENNY** | 1. Termometr naścienny do pomiaru temperatury ciała.
2. Wyposażony w :

- wyświetlacz LCD,- baterię i zasilacz USB,3. Czas pomiaru temperatury max. 2 s.4. Odległość pomiaru temperatury min. 1-max 20 cm.5. Dokładność pomiaru +/- 0,3**°C.****6. Zakres pomiaru temperatury min. 35,00- min. 42,00 °C.****7. Sygnalizacja dźwiękowa wysokiej temperatury.** 8. Gwarancja min. 24 miesiące9. Deklaracja zgodności z normami UE10. **Nazwa oferowanego sprzętu****Producent:........................................****Typ:...................................................** | 2 |  |  |  | TAKTAK PODAĆTAK PODAĆTAK PODAĆTAK PODAĆTAK PODAĆTAKTAK PODAĆTAK |  |
| **5) ŁÓŻKO DLA OSÓB CHORYCH NA ALZHEIMERA I/LUB NISKIEGO WZROSTU**  | 1.      Wymiary zewnętrzne łóżka: długość całkowita 219 cm  +/- 2 cm , szerokość całkowita 103 cm +/- 2 cm2.      Wymiary leża: długość 200 cm +/- 1 cm, szerokość 90  cm +/- 1 cm;3.      Minimalna nośność łóżka 150 kg.4.      Segmenty pleców i ud regulowane elektrycznie pilotem.5.      Elektryczna sterowana pilotem regulacja wysokości leża  od podłogi od 20 cm +/- 5 cm do min. 60 cm.6.      W komplecie wysięgnik z trójkątem.7.      Barierki drewnopochodne na całej długości leża w  kolorze buk.8.      Barierki w kolorze szczytów drewnopochodnych.9.      Elementy drewnopochodne w kolorze buk.10.   Zasadnicze metalowe elementy konstrukcji malowane  proszkowo.11.   Konstrukcja na kółkach jezdnych blokowanych.1. Gwarancja min. 24 miesiące.
2. Deklaracja zgodności z normami UE.
3. **Nazwa oferowanego sprzętu\***

**Producent:........................................****Typ:...................................................** | 10 |  |  |  | TAK PODAĆTAK PODAĆTAK PODAĆTAK TAK PODAĆTAK TAKTAK TAKTAK TAK TAK PODAĆTAK |  |
|  | **RAZEM W CZĘŚCI II:** | -------- |  | ----------- |  | --------------- | -------------------- |