**Załącznik Nr 1a**

**Do Zamawiającego :**

### Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

**Szpital Specjalistyczny MSWiA w Złocieńcu**

reprezentowany przez p. Ewę Giza – Dyrektora Szpitala

ul. Kańsko 1

78-520 Złocieniec

**Przedmiot zamówienia :**

**Dostawa sprzętu medycznego**

**Wykonawca (jeżeli oferta składania wspólnie – wpisać dane pełnomocnika):**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres :

Miejscowość : …………. - ……………….. …………………………………………………………….

Ulica : …………………………………………………………………………………………………………..

NIP : …………………………………………………………………………………………………………….

REGON : ……………………………………..……………………………………………………………….

**KARTY TECHNICZNE**

**OFEROWANEGO SPRZĘTU I WYPOSAŻENIA**

1. **Stół do drenażu ułożeniowego – 2 szt**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia |  |
|  | Nazwa :………………………………………………………………………….  Typ, model : ………………………………………………………………….  Producent : ……………………………………………………………………  Rok produkcji : ……………………………………………………………… | Parametry oferowanego urządzenia, spełnia : TAK/NIE |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe z 2021r. |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokość w zakresie min. 52-95 cm |  |
|  | Długość min. 200 cm – max. 220 cm |  |
|  | Szerokość min 60 cm – max. 80 cm |  |
|  | Stół 5 sekcyjny |  |
|  | Pozycje stołu sterowane elektronicznie |  |
|  | Zabezpieczenie przed niepożądaną zmianą ustawień stołu |  |
|  | Regulacja wysokości stołu za pomocą siłownika |  |
|  | Regulacja zagłówka przy pomocy sprężyny powietrznej |  |
|  | Zagłówek z wyprofilowanym otworem na twarz |  |
|  | Tapicerka wykonana z atestowanych materiałów odporna na środki dezynfekcyjne – kolorystyka do wyboru |  |
|  | Stalowa rama malowana proszkowo |  |
|  | Antypoślizgowe, gumowe stopki |  |
|  | Zaświadczenie o wpisie do rejestru Wyrobów Medycznych lub zgłoszenie. |  |
|  | Paszport techniczny aparatu/urządzenia. |  |

1. **Atlas rehabilitacyjny 4 - stanowiskowy - 1 zestaw**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia |  |
|  | Nazwa :………………………………………………………………………….  Typ, model : ………………………………………………………………….  Producent : ……………………………………………………………………  Rok produkcji : ……………………………………………………………… | Parametry oferowanego urządzenia, spełnia : TAK/NIE |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe z 2021r. |  |
|  | Kolumna wolnostojąca lub mocowana do ściany |  |
|  | Regulacja wysokości liny oraz uchwytów |  |
|  | Obciążenie od 0,1 kg do 40 kg |  |
|  | Szerokość od 130 cm -150 cm |  |
|  | Długość od 80cm do 90 cm |  |
|  | Wysokość od 200 cm do 220 cm |  |
|  | Możliwość rozbudowy o większą ilość stanowisk |  |
|  | Możliwość rozbudowy o różne akcesoria |  |
|  | W zestawie uchwyty na dłonie oraz paski na nogi |  |
|  | Zaświadczenie o wpisie do rejestru Wyrobów Medycznych lub zgłoszenie. |  |
|  | Paszport techniczny aparatu/urządzenia. |  |