**Załącznik nr 1.1 do SWZ**

**Szp-241/ZP – 055/2023**

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

**Zadanie nr 1**

**Przedmiot zamówienia – Łóżko szpitalne - 1 szt. ( Szpitalny Oddział Ratunkowy)**

Nazwa własna …………………………………………………………........................…………

Oferowany model ………………………………………………………..................................

Producent …………………………………………………………………………......................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………......................

Rok produkcji – **2023**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania \*)** | **Wartość oferowana** |
|  | *2* | *3* | *4* |
|  | Obciążenie robocze 250 kg | TAK |  |
|  | Max masa ciała 215 kg | TAK |  |
|  | Długość 220 cm (+/- 1 cm) | TAK |  |
|  | Długość z elementem wydłużające łóżko 251 cm | TAK |  |
|  | Szerokość łóżka 99 cm | TAK |  |
|  | Max wysokość leża 75 cm +/- 1cm | TAK |  |
|  | Min wysokość leża 37 cm +/- 1cm | TAK |  |
|  | Pozycja Trendelenburga/ anty-Trendelenburga 0 -+/-12 stopni | TAK |  |
|  | Zasilanie 100-240 V, 50-60 Hz | TAK |  |
|  | Materac piankowy wysokoelastyczny  o grubości 12 cm | TAK |  |
|  | Dokument potwierdzający, iż przedmiot zamówienia został sklasyfikowany jako wyrób medyczny i jest dopuszczony do obrotu na terenie Polski zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych. | TAK |  |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać ewentualne zakresy***

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami wymaganymi. Brak opisu w kolumnie nr 4 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

***…………………………………..***

*(Imię i nazwisko osoby uprawnionej*

*do reprezentowania Wykonawcy)*

**Załącznik nr 1.2 do SWZ**

**Szp-241/ZP – 055/2023**

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

**Zadanie nr 2**

**Przedmiot zamówienia – Elektroniczna waga do ważenia pacjentów na wózkach inwalidzkich – 1 szt. (Stacja Dializ)**

Nazwa własna …………………………………………………………........................…………

Oferowany model ………………………………………………………..................................

Producent …………………………………………………………………………......................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………......................

Rok produkcji – **2023**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania \*)** | **Wartość oferowana** |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
|  | Obciążenie 150 – 300 kg | TAK |  |
|  | Dokładność odczytu – 100 g | TAK |  |
|  | Podświetlany wyświetlacz LCD | TAK |  |
|  | Zasilanie sieciowe (+ ewentualnie zasilanie bateryjne, zasilacz w zestawie) | TAK |  |
|  | Wymiary (dł. x szer.) 90-1150 x 800-900 mm | TAK |  |
|  | Uchwyt i kółka do łatwego przenoszenia | TAK |  |
|  | Niski profil platformy lub podjazd | TAK |  |
|  | Platforma antypoślizgowa | TAK |  |
|  | Boczne progi zabezpieczające przed zsunięciem się z wózka | TAK |  |
|  | Legalizacja | TAK |  |
|  | Dokument potwierdzający, iż przedmiot zamówienia został sklasyfikowany jako wyrób medyczny i jest dopuszczony do obrotu na terenie Polski zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych. | TAK |  |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać ewentualne zakresy***

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami wymaganymi. Brak opisu w kolumnie nr 4 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

***…………………………………..***

*(Imię i nazwisko osoby uprawnionej*

*do reprezentowania Wykonawcy)*

**Załącznik nr 1.3 do SWZ**

**Szp-241/ZP – 055/2023**

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

**Zadanie nr 3**

**Przedmiot zamówienia – Leżanka do USG - 1 szt. ( DODO)**

Nazwa własna …………………………………………………………........................…………

Oferowany model ………………………………………………………..................................

Producent …………………………………………………………………………......................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………......................

Rok produkcji – **2023**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania \*)** | **Wartość oferowana** |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
|  | posiada prosty i stabilny stelaż wykonany z rur stalowych malowanych proszkowo | TAK |  |
|  | ma stałą wysokość | TAK |  |
|  | dwu częściowe leże z regulowanym podgłówkiem w standardzie z wycięciem na twarz i zatyczką | TAK |  |
|  | Podgłówek regulowany jest za pomocą mechanizmu typu rastomat. | TAK |  |
|  | Długość 190 cm | TAK |  |
|  | Szerokość do wyboru 70 cm | TAK |  |
|  | Regulacja kąta podgłówka 0° do 45 | TAK |  |
|  | Masa własna 33 kg | TAK |  |
|  | Maksymalne obciążenie 150 kg | TAK |  |
|  | Otwór na twarz w standardzie | TAK |  |
|  | Dokument potwierdzający, iż przedmiot zamówienia został sklasyfikowany jako wyrób medyczny i jest dopuszczony do obrotu na terenie Polski zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych. | TAK |  |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać ewentualne zakresy***

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami wymaganymi. Brak opisu w kolumnie nr 4 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

***…………………………………..***

*(Imię i nazwisko osoby uprawnionej*

*do reprezentowania Wykonawcy)*

**Załącznik nr 1.4 do SWZ**

**Szp-241/ZP – 055/2023**

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

**Zadanie nr 4**

**Przedmiot zamówienia – Leżanka elektryczna do masażu – 1 szt. (Zamiejscowy Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej I)**

Nazwa własna …………………………………………………………........................…………

Oferowany model ………………………………………………………..................................

Producent …………………………………………………………………………......................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………......................

Rok produkcji – **2023**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania \*)** | **Wartość oferowana** |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
|  | Regulacja wysokości (manualna – elektryczna) | TAK |  |
|  | Blat dwuczęściowy | TAK |  |
|  | Podgłówek regulowany sprężyną gazową | TAK |  |
|  | Tapicerka skóropodobna | TAK |  |
|  | Biały kolor stelażu | TAK |  |
|  | Korba do manualnej regulacji wysokości | TAK |  |
|  | Pedały nożne do hydraulicznej regulacji wysokości | TAK |  |
|  | Dokument potwierdzający, iż przedmiot zamówienia został sklasyfikowany jako wyrób medyczny i jest dopuszczony do obrotu na terenie Polski zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych. | TAK |  |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać ewentualne zakresy***

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami wymaganymi. Brak opisu w kolumnie nr 4 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

***…………………………………..***

*(Imię i nazwisko osoby uprawnionej*

*do reprezentowania Wykonawcy)*