Fotel do transportu pacjenta

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Przedmiot zamówienia | Parametry wymagane | Parametry oferowane  Tak/Nie  podać/opisać | Parametry oceniane - punktacja |
|  | Fotel przeznaczony do przewożenia pacjentów w pozycji siedzącej | TAK |  |  |
|  | Konstrukcja fotela wykonana ze stali lakierowanej proszkowo w kolorze białym. | TAK |  |  |
|  | Wyprofilowane siedzisko oraz oparcie fotela wykonane w formie jednolitego odlewu, zaokrąglone (bez ostrych krawędzi i rogów) ze zmywalnego, wytłoczonego tworzywa sztucznego bez szwów i łączeń, o gładkiej powierzchni łatwej do dezynfekcji lub siedzisko wykonane z miękkiej poliuretanowej pianki | TAK/ podać |  |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie min. 225 kg | TAK/ podać |  |  |
|  | Długość całkowita fotela: 100cm ± 2cm | TAK/ podać |  |  |
|  | Szerokość całkowita fotela: 70cm ±2cm | TAK/ podać |  |  |
|  | Wysokość fotela bez stojaka na kroplówki: 114 ±2cm | TAK/ podać |  |  |
|  | Wysokość fotela ze stojakiem na kroplówki: 185 ±2cm | TAK/ podać |  |  |
|  | Szerokość siedziska: 54 ±2cm | TAK/ podać |  |  |
|  | Wysokość siedziska od podłoża: 53cm ±2cm | TAK/ podać |  |  |
|  | Wysokość siedziska od podnóżków: 38cm ±2cm | TAK/ podać |  |  |
|  | Możliwość mycia ciśnieniowego ramy fotela | TAK/ NIE |  | Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |
|  | Wyprofilowane rączki do prowadzenia fotela w pozycji pionowej, powlekane materiałem antypoślizgowym umożliwiające personelowi ustawienie łokci pod ergonomicznym kątem 90° podczas transportu niezależnie od wzrostu prowadzącego wózek | TAK |  |  |
|  | Fotel wyposażony w duże pełne koła tylne o średnicy co najmniej 30 cm zwiększające manewrowość fotela, koła bez widocznej metalowej osi obrotu zaopatrzone w całkowite osłony zabezpieczające mechanizm kół przed zanieczyszczeniem oraz koła przednie skrętne o średnicy co najmniej 12 cm | TAK/ podać |  |  |
|  | Fotel wyposażony w centralny hamulec nożny uruchamiany jednym dotknięciem stopy (nie dopuszcza się fotela transportowego z funkcją hamulca z regulacją na kołach) | TAK |  |  |
|  | Fotel wyposażony w 2 przyciski funkcyjne nożne, usytuowane z tyłu wózka centralnie: hamulec i jazda kierunkowa. | TAK |  |  |
|  | Odchylane i wyprofilowane podłokietniki zapewniające wyższy i dłuższy punkt podparcia dla pacjenta ułatwiające wsiadanie oraz zsiadanie z fotela. Podłokietniki odchylane poza oparcie pleców zapewniające lepszy dostęp do pacjenta | TAK |  |  |
|  | Jednokolorowe punkty aktywacyjne wskazujące wszystkie elementy ruchome fotela, nieodłączalne, znacząco ułatwiające obsługę fotela. | TAK |  |  |
|  | Automatycznie składane podnóżki z funkcją odwodzenia na boki zmniejszające ryzyko potknięcia i zwiększające dostęp do pacjenta. | TAK/ NIE |  | Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |
|  | Podnóżki powlekane wyprofilowanym materiałem antypoślizgowym. Wypustki w podnóżkach obsługiwane stopą umożliwiające personelowi umieszczenie pacjenta w fotelu bez zbędnego schylania się i dotykania podnóżków | TAK |  |  |
|  | Kółka przeciwwywrotne wbudowane w ramę fotela zwiększające stabilność i bezpieczeństwo pacjenta i personelu. | TAK/ NIE |  | Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |
|  | Sztywna rama umożliwiająca wsuwanie jednego fotela w drugi. | TAK |  |  |
|  | Uchwyt na kartę montowany za oparciem fotela. Otwarta konstrukcja ułatwiająca czyszczenie uchwytu. | TAK |  |  |
| Wyposażenie dodatkowe | | | | |
|  | Chromowany lub stalowy stojak na kroplówki montowany na stałe, nieskładany. Załączona okrągła końcówka stojaka z min. 5 haczykami. Końcówka z haczykami dostępna w min. 6 kolorach umożliwiających identyfikacje na oddziałach. | TAK/ NIE |  | Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |
|  | Możliwość rozbudowy o uchwyt na butlę z tlenem, montowany za siedziskiem fotela | TAK |  |  |
|  | Dwie niezależne podpórki pod łydki składane pod siedzisko, samoblokujące się, zwalniane dźwigniami ręcznymi. | TAK/ NIE |  | Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |
| Inne | | | | |
|  | Instrukcja w języku polskim | TAK |  |  |
|  | Zalecana przez Producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie: - trwania gwarancji, - po gwarancji. | TAK podać |  |  |
|  | Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem pracowników Zamawiającego w cenie oferty. | TAK |  |  |
|  | Czas reakcji przystąpienia do usunięcia awarii od chwili jej zgłoszenia max. 48 godz. w dni robocze i 72 godz. w dni wolne i święta | TAK |  |  |
|  | Okres gwarancji – min. 24 miesiące. | TAK podać |  |  |
|  | Urządzenie zastępcze w przypadku naprawy gwarancyjnej trwającej powyżej 7 dni – o parametrach nie gorszych niż oferowany bez naliczania z tego tytułu dodatkowych opłat. | TAK |  |  |
|  | Wykonawca zapewni dostępność części zamiennych i akcesoriów przez okres min.5 lat. | TAK |  |  |
|  | Sposób dezynfekcji sprzętu | Opisać i podać proponowane środki dezynf. |  |  |
|  | Numer kontaktowy z autoryzowanym serwisem Wykonawcy | Podać |  |  |

Wszystkie parametry graniczne oraz zaznaczone "Tak" w powyższej tabeli są parametrami bezwzględnie wymaganymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.