Załącznik nr 1D do SIWZ

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (Część IV zamówienia)**

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW TECHNICZNYCH

**Przedmiot: PIONIZATOR - 3 SZT.**

Producent:

Nazwa i typ:

Rok produkcji:

Kraj pochodzenia:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **PARAMETR WYMAGANY** | **Wartość parametru** | **Parametr oferowany**TAK/NIE,gdy wymagany parametr należy podać |
| **1.** | elektrycznie zasilane urządzenie pionizujące pacjentów. Umożliwia osiągnięcie pozycji siedzącej, leżącej i stojącej. Przeznaczone do wczesnej mobilizacji | TAK |  |
| **2.** |

|  |
| --- |
| w zestawie dodatkowe pasy zabezpieczające  |

 | TAK |  |
| **3.** | Odpinana poduszka pod głowę z pokrowcem | TAK |  |
| **4.** | Odpinane materace z pokrowcem sekcji ciała i sekcji głowy | TAK |  |
| **5.** | Podpórka pod stopy z regulacją długości, możliwość odpięcia | TAK |  |
| **6.** | Ładowarka i 2 baterie w zestawie | TAK |  |
| **7.** | 4 koła, każde z hamulcem | TAK |  |
| **8.** | Dwa podłokietniki z pokrowcami (regulacja szerokości, wysokości, możliwość złożenia lub odpięcia) | TAK |  |
| **9.** | 2 peloty boczne z regulacją szerokości i możliwością złożenia | TAK |  |
| **10.** | Pętle na woreczki z płynem, uchwyt do manewrowania, wskaźnik kąta nachylenia | TAK |  |
| **11.** | Sterowanie – z przewodowego pilota (zmiana wszystkich pozycji, brak możliwości zmiany trybów), panelu znajdującego się za głową pacjenta (zmiana trybów, podstawowe ruchy urządzenia), awaryjnego panelu sterowania (ograniczone funkcje) | TAK |  |
| **12.** | Przechyły boczne osiągane w każdej pozycji do 20° | TAK |  |
| **13.** | Przechył leża w tył -25-0° (pozycja Trendelenburga) | TAK |  |
| **14.** | Przechył wzdłużny leżyska -25- +70° | TAK |  |
| **15.** | Przechył boczny leżyska/siedzenia w prawo/lewo 0-20° | TAK |  |
| **16.** | Maksymalny udźwig do 200kg | TAK |  |
| **17.** | Wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych w Polsce (załączyć do oferty) | TAK |  |

Oświadczamy, że cechy techniczne i jakościowe oferowanych urządzeń są zgodne z normatywami europejskimi (aprobatami technicznymi) obowiązującymi na terenie Polski.

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

 *Data / podpis wykonawcy*