

FORMULARZ OFERTY

Nazwa i siedziba Wykonawcy albo Imię i nazwisko, adres zamieszkania i adres siedziby Wykonawcy:

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

Osoba uprawniona do kontaktu z Zamawiającym (imię, nazwisko, stanowisko):

.....

Nr telefonu, faksu

Regon:..... NIP:.....

Województwo..... Powiat.....

Strona internetowa: http://..... e-mail:.....@.....

Do:

CARITAS DIECEZJI RZESZOWSKIEJ

ul. Jana Styki 21

35-006 Rzeszów

Nawiązując do Zapytania ofertowego z dnia 5 kwietnia 2022 roku w postępowaniu o udzielenie zamówienia na **dostawę sprzętu medycznego do wypożyczalni Caritas Diecezji Rzeszowskiej w Jaśle** w ramach projektu „Sprzęt pomaga w Jaśle i okolicach” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020:

1. Oferujemy dostarczenie towaru posiadającego parametry określone w załączniku b) do Formularza oferty – „Parametry techniczne”, zgodnie z Formularzem asortymentowo-cenowym – załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego oraz Harmonogramem dostaw – załącznik c) do Formularza oferty. Załączniki te stanowią integralną część Formularza oferty.
2. Potwierdzamy spełnienie wymaganych przez Zamawiającego warunków płatności, tj.: **minimum 30 dni a maksimum 60 dni** od dnia otrzymania faktury, po realizacji każdego z etapów dostawy, o których mowa w rozdziale III pkt 1 Zapytania ofertowego, montażu i uruchomieniu towaru oraz podpisaniu protokołu zdawczo-odbiorczego bez zastrzeżeń.

Proponowany termin płatności: dni /**minimum 30 dni maksimum 60 dni**/ na ww. warunkach.

3. Dostawa, musi być potwierdzona protokołem zdawczo-odbiorczym podpisanym przez Zamawiającego i Wykonawcę bez zastrzeżeń z jednoczesnym przekazaniem faktur.

4. Proponujemy okres gwarancji na towar będący przedmiotem zamówienia, obejmujący pełną obsługę serwisową, naprawy, bez żadnych dodatkowych kosztów na **okres** **miesiący** - licząc od dnia dostawy towaru do Zamawiającego.
5. Przystępując jako Wykonawca do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na w/w dostawę niniejszym oświadczamy, że wszystkie oferowane przez nas towary, zgodnie z Formularzem asortymentowo-cenowym (załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego), posiadają aktualne dopuszczenia do obrotu na rynek polski zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1565 j.t. z późn. zm.) oraz, że ponosimy pełną odpowiedzialność za wszelkie ewentualne szkody powstałe u Zamawiającego w związku z zastosowaniem dostarczonego przez nas towaru nie spełniającego przedmiotowych wymogów (o ile dotyczy).
6. Zobowiązujemy się, zgodnie z żądaniem Zamawiającego, do: dostarczenia, montażu, szkolenia i uruchomienia towaru w miejscu wskazanym przez Zamawiającego, do wydania Zamawiającemu dokumentu gwarancyjnego wraz z dostarczonym Towarem a dodatkowo zobowiązujemy się do wydania Zamawiającemu instrukcji obsługi w języku polskim, paszportu technicznego oraz innych wymaganych przy dostawie dokumentów określonych we wzorze umowy.
7. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią Zapytania ofertowego oraz z załączonym wzorem umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
8. Oświadczamy, że wzór umowy, stanowiący załącznik Nr 4 do Zapytania ofertowego, został przez nas zaakceptowany w całości i bez zastrzeżeń i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na zaproponowanych warunkach.
9. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w Zapytaniu ofertowym.
10. Oferta została złożona na zapisanych/zadrukowanych i podpisanych stronach oraz kolejno ponumerowanych od nr do nr
11. Niniejszym informujemy, że informacje składające się na ofertę, zawarte na stronach od do stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 roku o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U. z 2019 r. poz. 1010 j.t.) i jako takie nie mogą być ogólnodostępne.
12. Oświadczamy, że dostawa towaru lub świadczenie usługi, oferowane w ramach ww. postępowania o udzielenie zamówienia **prowadzi* / nie prowadzi*** w przypadku wyboru naszej oferty, do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towaru i usług.
Nиж wymienione towary lub świadczenie usługi, oferowane w ramach niniejszego postępowania przetargowego prowadzą w przypadku wyboru naszej oferty, do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego:

-
-
-
-
-

* (należy podać nazwę (rodzaj) towaru lub usługi oraz wskazać ich wartość bez kwoty podatku).

**W przypadku nie podania / nie wpisania informacji, Zamawiający przyjmuje, że wybór oferty Wykonawcy nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towaru i usług.

13. **Wadium** w kwocie zostało/zostanie wniesione w dniu w formie

14. Jesteśmy świadomi, że wniesione przez nas wadium podlega przepadkowi, gdy zaistnieją okoliczności, o których mowa w Zapytaniu.

15. Numer konta, na które Zamawiający zwróci wadium, jeżeli wniesiono je w postaci gotówkowej:

.....

Nazwa banku

16. Usługę wykonamy w całości **sami / przy udziale podwykonawców***.

Podwykonawca zrealizuje następującą część zamówienia:

.....

.....

17. Zamówienie zrealizujemy (odpowiednie wypełnić):

a) **sami**

b) **w konsorcjum z:**

-

.....

18. (Wypełniają jedynie przedsiębiorcy składający ofertę jako konsorcjum). Oświadczamy, że sposób reprezentacji konsorcjum dla potrzeb niniejszego zamówienia jest następujący:

.....

.....

19. Załącznikami do niniejszej oferty, stanowiącymi integralną jej część są:
(numerowany wykaz załączników wraz z tytułami)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data

.....

Podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

* Niewłaściwe skreślić

WARUNKI GWARANCJI I SERWISU

(NALEŻY WYPEŁNIĆ OSOBNO W ODNIESIENIU DO KAŻDEGO URZĄDZENIA/POZYCJI, NA KTÓRE WYKONAWCA SKŁADA OFERTĘ)

Dotyczy:		
Nazwa urządzenia / urządzeń:		
.....		
Producent / firma: Typ / model urządzenia:		
Rok produkcji: (podać) 20.....r.		
Warunki gwarancji i serwisu:		
1.	Termin rozpoczęcia gwarancji	Od dnia dostawy i podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego bez zastrzeżeń.
2.	Okres gwarancji na cały Towar (gwarancja pełna bez limitu badań)	Zgodnie z ust. 4 Formularza Oferty
3.	Przedmiot gwarancji: cały dostarczony Towar. Gwarancja obejmuje także: - Przeglądy w okresie gwarancji zgodne z wymogami określonymi przez producenta w ramach ceny dostawy bez dodatkowego wezwania ze strony Zamawiającego (powiadomienie Zamawiającego z dniowym wyprzedzeniem pod nr tel. lub pod adresem e-mail:) - Wymiany/naprawy uszkodzonych części - Dojazdy/przejazdy pracowników Wykonawcy - Robociznę - Wszystkie pozostałe koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancyjnych.	*TAK/*NIE
4.	Okres gwarancji ulega każdorazowemu przedłużeniu o pełen okres niesprawności przedmiotu umowy.	*TAK/*NIE
5.	Czas reakcji „przyjęte zgłoszenie - podjęta naprawa”.	W terminie godzin (maksymalnie godziny w dni robocze) od otrzymania zawiadomienia telefonicznie, faksem lub e-mailem z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.
6.	Ilość przeglądów w ramach ceny dostawy w okresie gwarancji, zgodnie z zaleceniami producenta, wykonana bez wcześniejszego zlecenia Zamawiającego.	Ilość przeglądów w roku, w odstępach równomiernych
7.	Przeglądy końcowe przed upływem końca gwarancji w ramach ceny dostawy.	*TAK/*NIE
8.	Możliwość zgłoszenia wad/awarii/błędów/usterek 24 h/dobę, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.	*TAK numer faks,....., email *NIE

9	Maksymalny czas usunięcia wad/awarii/błędów/usterek Towaru	Do dni roboczych (maksymalnie dni w dni robocze bez sprowadzania części), do dni roboczych (maksymalnie dni w dni robocze z koniecznością sprowadzania części zamiennych) od momentu zgłoszenia wad/awarii/błędów/usterek, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.
10	Możliwość wstawienia zastępczych części w przypadku wad/awarii/błędów/usterek > dnia (tak/nie)	* Tak - W przypadku wad/awarii/błędów/usterek trwającej powyżej dni (maksymalnie dni) * Nie
11	Możliwość wstawienia zastępczego Towaru (tak/nie)	* Tak - W przypadku wad/awarii/błędu/usterki trwającej powyżej dni (maksymalnie 5 dni) * Nie
12	Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany podzespołu na nowy (z wyjątkiem uszkodzeń z winy Zamawiającego) (maksymalnie) naprawy
13	Warunki wymiany Towaru - liczba napraw gwarancyjnych uprawniających do wymiany Towaru na nowy (z wyjątkiem uszkodzeń z winy Zamawiającego)	Minimum naprawy gwarancyjne uprawniające do wymiany Towaru na nowy
14	Okres zagwarantowania dostępności odpłatnych części zamiennych od momentu końca gwarancji (w latach) (minimum) lat, licząc od momentu końca gwarancji
Serwis gwarancyjny, lokalizacja:		
Pełna nazwa serwisu: Adres: Telefon: Faks:		
15	Przyczyny utraty prawa do gwarancji	
16	Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania czynności związanych z okresową konserwacją, obsługą serwisową, przeglądami, sprawdzaniem lub kontrolą bezpieczeństwa	(podać)
17	Wykaz dostawców części zamiennych i zużywalnych oraz materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania Towaru	(podać)
18	Wykaz materiałów zużywalnych oraz materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania Towaru	(podać)

.....
Data

.....
Podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

ZESTAWIENIE PARAMETROWI WARUNKÓW WYMAGANYCH

Przedmiot zamówienia: **Łóżka rehabilitacyjne elektryczne z uchwytem****Ilość – 200 szt.**

Nazwa producenta:

Model:

LP.	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY
1.	Łóżko przeznaczone do użytku szpitalnego lub w domach opieki.	TAK	
2.	Konstrukcja łóżka wykonana z profili stalowych lakierowanych proszkowo z użyciem lakieru z nanotechnologią srebra powodującą hamowanie namnażania bakterii i wirusów. Dodatki antybakteryjne muszą być integralną zawartością składu lakieru. Nie dopuszcza się, aby własności antybakteryjne były uzyskiwane poprzez nanoszenie na powłokę lakierniczą oddzielnych środków.	TAK	
3.	Konstrukcja łóżka oparta na dwóch siłownikach kolumnowych. W celu zapewnienia odpowiednich warunków do mycia i dezynfekcji łóżka, nie dopuszcza się łóżek opartych na konstrukcji pantografowej, nożycowej, na ramionach wznoszących itp.	TAK	
4.	Leżę wykonane z profili 40x20x2mm	TAK	
5.	Leże łóżka podzielone na cztery segmenty, z trzema segmentami ruchomymi.	TAK	
6.	Wymiar segmentów leża : część pleców 700 mm , część stała siedziska 290 mm ,część uda 280 mm , część podudzia 560 mm.	TAK	
7.	Segmenty leża wypełnione montowanymi na stałe listwami metalowymi o szerokości 40 mm, lakierowanymi proszkowo z użyciem lakieru z nanotechnologią srebra powodującą hamowanie namnażania bakterii i wirusów. W celu zapewnienia odpowiednich warunków do mycia i dezynfekcji łóżka, nie dopuszcza się innych rozwiązań.	TAK	
8.	Szczyty oraz poręcze boczne wykonane z drewna lub materiału drewnopodobnego (w kolorze buk)	TAK	
9.	Konstrukcja szczytów wykonana z płyty meblowej o szerokości 18mm i elementów drewnianych o wymiarach 60x30mm , w których estetycznie schowana jest listwa aluminiowa do regulacji wysokości poręczy bocznych.	TAK	
10	Podwójne barierki boczne na całej długości łóżka wykonane zgodnie z nową normą PN-EN 60601-2-52:2010.	TAK	
11	System opuszczania poręczy wykonany w całość z aluminium, w tym bolce podtrzymujące barierki boczne aluminiowe o średnicy 11mm, co wpływa na trwałość całego systemu.	TAK	
12	Długość całkowita łóżka: 2160 mm (±20 mm)	TAK	
13	Szerokość całkowita łóżka: 1040 mm (±20 mm)	TAK	
14	Wymiary leża: 2000 x 900 mm (± 10 mm)	TAK	

15	Elektryczna regulacja następujących funkcji z pilota przewodowego: - wysokości leża - segmentu oparcia pleców - segmentu uda - Trendelenburga i anty-Trendelenburga - autokontur (jednoczesny, skoordynowany ruch oparcia pleców oraz segmentu uda)	TAK	
16	Pilot z możliwością blokowania funkcji: - możliwość zablokowania wszystkich funkcji elektrycznych łóżka - możliwość zablokowania tylko funkcji Trendelenburga	TAK	
17	Pilot wyposażony w 3 diody LED, z sygnalizacją: - podłączenia łóżka do sieci - odblokowania funkcji elektrycznych - używania którejs z funkcji	TAK	
18	Pilot o podwyższonej odporności na ciecz - IPX6	TAK	
19	Elektryczna regulacja wysokości leża od podłogi: - Minimalna wysokość łóżka od podłogi max. 390 mm umożliwiająca komfortowe opuszczenie łóżka przez pacjenta bez względu na stan zdrowia oraz wzrost - Maksymalna wysokość nie mniej niż 800 mm umożliwiająca ustawienie łóżka do pozycji egzaminacyjnej (do badań)	TAK	
20	Płynna elektryczna regulacja oparcia pleców za pomocą pilota przewodowego w zakresie od 0° do min. 73°	TAK	
21	Płynna elektryczna regulacja segmentu uda za pomocą pilota przewodowego w zakresie od 0° do min. 34°	TAK	
22	Płynna elektryczna regulacja pozycji Trendelenburga za pomocą pilota przewodowego w zakresie od 0° do min. 12°	TAK	
23	Płynna elektryczna regulacja pozycji anty-Trendelenburga za pomocą pilota przewodowego w zakresie od 0° do min. 12°	TAK	
24	Segment podudzia stabilizowany systemem zapadkowym. Kąt pomiędzy segmentem podudzia a płaszczyzną poziomą regulowany w zakresie od 0° do min. 21°	TAK	
25	Układ jezdy stanowią cztery koła o średnicy min. 100mm, każde z kół wyposażone jest w hamulec jazdy i obrotu. Hamulec metalowy odporny na uszkodzenia.	TAK	
26	Maksymalne obciążenie łóżka min. 210 kg.	TAK	
27	Waga łóżka: max 105 kg.	TAK	
28	W przypadku nieużywania łóżka lub konieczności jego transportu możliwość łatwego złożenia łóżka (do każdego łóżka dołączone adaptory transportowe)	TAK	
29	Łóżko przystosowane do zasilania sieciowego 230V 50/60 Hz.	TAK	
30	Transformator 24V umieszczony we wtyczce łóżka , rozwiązanie bezpieczne dla pacjenta.	TAK	
31	Dokumenty (raporty techniczne, karty charakterystyki itp.) potwierdzające antybakteryjność lakieru (dołączyć do oferty)	TAK	
32	Łóżko dostarczone w oryginalnym opakowaniu producenta	TAK	
33	Powierzchnie łóżka odporne na środki dezynfekcyjne	TAK	

34	Deklaracja Zgodności, Wpis lub Zgłoszenie do Urzędu Rejestracji Wyrobów Medycznych – dostarczyć przy dostawie	TAK	
----	---	-----	--

Przedmiot zamówienia: **Materac przeciwoleżynowy gofrowy**

Ilość – 200 szt.

Nazwa producenta:

Model:

Lp.	PARAMETRY I WARUNKI GRANICZNE	WYMAGANY PARAMETR	OFEROWANY PARAMETR PODAĆ OPIS
1.	Materac przeciwoleżynowy gofrowany w pokrowcu medycznym paroprzepuszczalnym	TAK	
2.	Materac wykonany z pianki poliuretanowej o gęstości min. 25 kg/m ³	TAK	
3.	Wymiar materaca: 2000 x 900 mm (+/- 10 mm)	TAK	
4.	Wysokość: 100 mm (+/- 20 mm)	TAK	

Przedmiot zamówienia: **Materac przeciwoodleżynowy zmiennociśnieniowy**

Ilość – 200 szt.

Nazwa producenta:

Model:

Lp.	PARAMETRY I WARUNKI GRANICZNE	WYMAGANY PARAMETR	OFEROWANY PARAMETR PODAĆ OPIS
1.	Materac zmiennociśnieniowy - rurowy do I stopnia zagrożenia odleżynami w skali czterostopniowej EPUAP	TAK	
2.	Zbudowany z min. 13 rurowych komór niewymiennych.	TAK	
3.	Materiał PVC, o dużej elastyczności	TAK	
4.	Wymiar materaca: 2000 x 900 mm (+/- 5 mm)	TAK	
5.	Wysokość: min. 65 mm	TAK	
6.	Maksymalne obciążenie min. 150 kg	TAK	
7.	Pompa o zasilaniu: 220V / 50HZ , 8W	TAK	
8.	Wydajność min. 6 l / min.	TAK	
9.	Zakres ciśnienia: min. 25-100 mmHg	TAK	
10.	Cykl pracy: min. 5 min. - 10 min.	TAK	

Przedmiot zamówienia: **Podnośnik transportowy-elektryczny****Ilość – 4 szt.**

Nazwa producenta:

Model:

Lp.	PARAMETRY I WARUNKI GRANICZNE	WYMAGANY PARAMETR	OFEROWANY PARAMETR PODAĆ OPIS
1.	Długość	Min. 110 max. 115 cm - podać	
2.	Szerokość	Min. 55 max. 59 cm - podać	
3.	Wysokość	Min. 105 max. 113 cm – podać	
4.	Zasięg podnoszenia	Min. 28 cm - podać	
5.	Zakres podnoszenia	Zakres min. 75-177 cm- podać	
6.	Maksymalne obciążenie	Min. 180 kg - podać	
7.	Maksymalna nośność chusty	Min. 150 kg - podać	
8.	Szerokość podstawy jezdnej	Max. 65 cm - podać	
9.	Rama malowana proszkowo	TAK	
10.	Sterowanie elektryczne	TAK	
11.	Awaryjny system opuszczania w przypadku rozładowania/ awarii akumulatora	TAK	
12.	Hamulec na tylnych kołach	TAK	
13.	Przednie koła skrętne w zakresie 360 °	TAK	
14.	Wyposażony w chustę do przenoszenia z stabilizacją głowy	TAK	

Przedmiot zamówienia: **Podnośnik Wannowy**

Ilość – 4 szt.

Nazwa producenta:

Model:

Lp.	PARAMETRY I WARUNKI GRANICZNE	WYMAGANY PARAMETR	OFEROWANY PARAMETR PODAĆ OPIS
1.	System napędowy o dużej mocy, nie wymagający konserwacji	TAK	
2.	Oparcie odchylane do 40 stopni	TAK(podać)	
3.	Wygodny, ergonomiczny pilot, utrzymujący się na wodzie	TAK	
4.	Szerokość siedziska bez boczaków 375 mm	TAK(podać)	
5.	Maks. wysokość siedziska min 420 mm	TAK(podać)	
6.	Min. wysokość siedziska min 72 mm	TAK(podać)	
7.	Maks. obciążenie min 135 kg	TAK(podać)	

Przedmiot zamówienia: **Podnośnik Elektryczny z pionizatorem**

Ilość – 4 szt.

Nazwa producenta:

Model:

Lp.	PARAMETRY I WARUNKI GRANICZNE	WYMAGANY PARAMETR	OFEROWANY PARAMETR PODAĆ OPIS
1.	Wysokość podniesienia (cm) min. 82 max. 210 cm	TAK (podać)	
2.	Całkowita wysokość (cm) min 205 cm	TAK (podać)	
3.	Długość podstawy max 130 cm	TAK (podać)	
4.	Szerokość z rozłożoną ramą max 95cm	TAK (podać)	
5.	Ładowalne baterie ołowiowo żelowe 24 V, 4A	TAK	
6.	Możliwość ręcznej obsługi podnośnika (w przypadku rozładowania akumulatorów)	TAK	
7.	Wyposażenie siedzisko nylonowe, oraz pas do stabilizacji	TAK	
8.	Maksymalne obciążenie do 150 kg	TAK	

Przedmiot zamówienia: **Pionizator statyczny**

Ilość – 4 szt.

Nazwa producenta:

Model:

Lp.	PARAMETRY I WARUNKI GRANICZNE	WYMAGANY PARAMETR	OFEROWANY PARAMETR PODAĆ OPIS
1.	Materiał wykonania - metal	TAK	
2.	Stelaż z kołami jezdnyymi wyposażonymi w hamulce	TAK	
3.	Podest ze stabilizatorami stóp	TAK	
4.	Stabilizator kolan	TAK	
5.	Obejma i pas biodrowy	TAK	
6.	Obejma i pas piersiowy	TAK	
7.	Stolik	TAK	
8.	Rozmiar uniwersalny	TAK	

Przedmiot zamówienia: **Pionizator dynamiczny**

Ilość – 4 szt.

Nazwa producenta:

Model:

Lp.	PARAMETRY I WARUNKI GRANICZNE	WYMAGANY PARAMETR	OFEROWANY PARAMETR PODAĆ OPIS
1.	Umożliwienia poruszanie się pacjentom z zaburzeniami równowagi	TAK	
2.	Stabilna konstrukcja, umożliwiająca przemieszczanie bez pomocy	TAK	
3.	Wyposażony w separator kończyn dolnych zapobiegający chodowi szczyrkowemu	TAK	
4.	Waga pacjenta do minimum 90 kg	TAK	
5.	Przeznaczony dla pacjentów o wzroście 155-185 cm	TAK	

Przedmiot zamówienia: **Wózek inwalidzki ręczny**

Ilość – 50 szt.

Nazwa producenta:

Model:

Lp.	PARAMETRY I WARUNKI GRANICZNE	WYMAGANY PARAMETR	OFEROWANY PARAMETR PODAĆ OPIS
1.	Możliwość wyboru szerokości siedziska	TAK(podać)	
2.	Koła na szybkozłączach,	TAK	
3.	Koła tylne, pompowane: 24",	TAK(podać)	
4.	Rama krzyżakowa ze stali precyzyjnej	TAK	
5.	Podnóżki odchylane i wyjmowane,	TAK	
6.	Podłokietniki odchylane, długie lub krótkie	TAK	
7.	Czarna, zmywalna, nylonowa tapicerka	TAK	
8.	Kolor ramy: srebrny lub granatowy	TAK(podać)	
9.	Waga 18 kg	TAK(podać)	

Przedmiot zamówienia: **Wózek inwalidzki elektryczny**

Ilość – 4 szt.

Nazwa producenta:

Model:

Lp.	PARAMETRY I WARUNKI GRANICZNE	WYMAGANY PARAMETR	OFEROWANY PARAMETR PODAĆ OPIS
1.	Wózek inwalidzki elektryczny z napędem elektrycznym	TAK	
2.	Zasięg na w pełni naładowanych akumulatorach 25 km	TAK	
3.	Amortyzatory na min. 2 kołach	TAK	
4.	Podnóżki z możliwością zdjęcia.	TAK	
5.	Wyposażony w pełne oświetlenie tj. Światła przednie białe, tylne -czerwone oraz kierunkowskazy.	TAK	
6.	Prędkość do 10 km/h	TAK	
7.	Waga max. 50 kg.	TAK	
8.	Odchylane oparcie.	TAK	

Przedmiot zamówienia: **Krzesło toaletowe**

Ilość – 50 szt.

Nazwa producenta:

Model:

Lp.	PARAMETRY I WARUNKI GRANICZNE	WYMAGANY PARAMETR	OFEROWANY PARAMETR PODAĆ OPIS
1.	Krzesło toaletowe dla osób z dysfunkcją ruchu	TAK	
2.	Konstrukcja stalowa Powłoka lakiernicza - lakier proszkowy	TAK	
3.	Tapicerowane oparcie, podłokietniki i siedzisko z otworem toaletowym	TAK	
4.	Krzesło wyposażone w poduszkę do siedzenia i pojemnik sanitarny wyposażony w ergonomiczny uchwyt	TAK	
5.	Pojemnik sanitarny z możliwością usuwania zawartości, bez konieczności przenoszenia całego krzesła	TAK	
6.	Całkowita wysokość 820 mm (+/-10 mm)	TAK	
7.	Całkowita szerokość 550 mm (+/-10 mm)		
8.	Szerokość siedziska 440 mm (+/-10 mm)		
9.	Wysokość siedziska 500 mm (+/-10 mm)	TAK	
10.	Wysokość oparcia 350 mm (+/-10 mm)	TAK	
11.	Dopuszczalne obciążenie min. 120 kg	TAK	

Przedmiot zamówienia: **Balkoniki do chodzenia krocząco-stałe**

Ilość – 30 szt.

Nazwa producenta:

Model:

Lp.	PARAMETRY I WARUNKI GRANICZNE	WYMAGANY PARAMETR	OFEROWANY PARAMETR PODAĆ OPIS
1.	Materiał wykonania - aluminium	TAK	
2.	Składany	TAK	
3.	Regulowana wysokość	TAK	
4.	Podgumowane nóżki	TAK	

Przedmiot zamówienia: **Balkoniki do chodzenia dwukołowe**

Ilość – 30 szt.

Nazwa producenta:

Model:

Lp.	PARAMETRY I WARUNKI GRANICZNE	WYMAGANY PARAMETR	OFEROWANY PARAMETR PODAĆ OPIS
1.	Materiał wykonania - aluminium	TAK	
2.	Dwa koła przednie	TAK	
3.	Składany	TAK	
4.	Regulowana wysokość	TAK	

Przedmiot zamówienia: **Kule aluminiowe**

Ilość – 50 szt.

Nazwa producenta:

Model:

Lp.	PARAMETRY I WARUNKI GRANICZNE	WYMAGANY PARAMETR	OFEROWANY PARAMETR PODAĆ OPIS
1.	Materiał wykonania - aluminium	TAK	
2.	Obejma łokciowa	TAK	
3.	Gumowa końcówka	TAK	
4.	Regulowana wysokość	TAK	

Przedmiot zamówienia: **Podpórki czterokołowe**

Ilość – 30 szt.

Nazwa producenta:

Model:

Lp.	PARAMETRY I WARUNKI GRANICZNE	WYMAGANY PARAMETR	OFEROWANY PARAMETR PODAĆ OPIS
1.	Materiał wykonania - stal	TAK	
2.	Gumowe koła	TAK	
3.	Regulowana wysokość	TAK	
4.	Hamulce przy rączkach	TAK	

Przedmiot zamówienia: **Rowerek stacjonarny**

Ilość – 18 szt.

Nazwa producenta:

Model:

Lp.	PARAMETRY I WARUNKI GRANICZNE	WYMAGANY PARAMETR	OFEROWANY PARAMETR PODAĆ OPIS
1.	Materiał wykonania - stal lub aluminium	TAK	
2.	Opór magnetyczny	TAK	
3.	Co najmniej 8 stopniowa regulacja oporu	TAK (podać)	
4.	Regulowana wysokość siodełka	TAK (podać)	
5.	Rolki transportowe	TAK	
6.	Antypoślizgowe pedały	TAK	
7.	Pomiar pulsu	TAK	
8.	Wyświetlacz	TAK	

Przedmiot zamówienia: **Koncentrator tlenu**

Ilość – 50 szt.

Nazwa producenta:

Model:

Lp.	PARAMETRY I WARUNKI GRANICZNE	WYMAGANY PARAMETR	OFEROWANY PARAMETR PODAĆ OPIS
1.	Waga poniżej 6 kg	TAK	
2.	Głośność < 40 dB	TAK	
3.	Przepływ regulowany 1-5 l/min.	TAK	
4.	Stężenie tlenu 40-90% dla przepływu 1 l/min minimum 93%	TAK	
5.	Moc pobierana poniżej 90 W	TAK	
6.	Możliwość zasilania z akumulatora i wykorzystywania np. w samochodzie , parku	TAK	
7.	Walizka z kółkami do transportowania	TAK	

Przedmiot zamówienia: **Orbitrek**

Ilość – 8 szt.

Nazwa producenta:

Model:

Lp.	PARAMETRY I WARUNKI GRANICZNE	WYMAGANY PARAMETR	OFEROWANY PARAMETR PODAĆ OPIS
1.	Waga koła zamachowego min. 7 kg	TAK	
2.	Funkcje komputera co najmniej : czas treningu, przebyty dystans, spalone kalorie, aktualna prędkość, pomiar tętna	TAK	
3.	Wyposażony w rolki transportowe	TAK	
4.	Wyposażony w zintegrowane sensory pomiaru tętna	TAK	
5.	Maksymalna waga użytkownika min. 120 kg	TAK	

HARMONOGRAM DOSTAW

L.p.	Asortyment	Liczba sztuk			
		Maj 2022	Wrzesień 2022	Grudzień 2022	RAZEM
1.	Łóżko rehabilitacyjne elektryczne z uchwytem	80	60	60	200
2.	Materac przeciwoleżynowy gofrowy	80	60	60	200
3.	Materac przeciwoleżynowy zmiennociśnieniowy	80	60	60	200
4.	Podnośnik transportowy-elektryczny	0	4	0	4
5.	Podnośnik wannowy	0	4	0	4
6.	Podnośnik elektryczny z pionizatorem	4	0	0	4
7.	Pionizator statyczny	0	0	4	4
8.	Pionizator dynamiczny	0	0	4	4
9.	Wózek inwalidzki ręczny	25	25	0	50
10.	Wózek inwalidzki elektryczny	4	0	0	4
11.	Krzesło toaletowe	0	25	25	50
12.	Balkoniki do chodzenia krocząco-stałe	0	30	0	30
13.	Balkoniki do chodzenia dwukołowe	0	0	30	30
14.	Kule aluminiowe	0	50	0	50
15.	Podpórki czterokołowe	0	0	30	30
16.	Rowerek stacjonarny	0	18	0	18
17.	Koncentrator tlenu	0	25	25	50
18.	Orbitrek	0	0	8	8