

Zaktualizowany Załącznik nr 3 do SWZ

Opis Techniczny (OPZ)

Zadane nr 2:

Doposażenie gabinetu ginekologicznego w sprzęt medyczny dostosowany do potrzeb osób o ograniczonej sprawności:

Fotel ginekologiczny - 1 szt:

Nazwa producenta: (należy podać)

Nazwa i typ: (należy podać)

Rok produkcji: (należy podać)

L.p.	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Fabrycznie nowy/e	Spełnia / Nie spełnia ¹
2.	Minimalny (wymagany) okres gwarancji wynosi 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru. Okres rękojmi jest równy okresowi gwarancji na dostarczony przedmiot zamówienia.	Spełnia / Nie spełnia ²
3.	przeznaczenie: różne tryby zabiegów ginekologicznych;	Spełnia / Nie spełnia ³
4.	elektryczna regulacja wysokości - zakres regulacji: min. od 86 cm do 95 cm;	Spełnia / Nie spełnia ⁴
5.	sterowanie fotelem za pomocą ręcznego lub nożnego sterownika;	Spełnia / Nie spełnia ⁵
6.	szerokość siedziska do min. 70 cm;	Spełnia / Nie spełnia ⁶
7.	oparcie z elektryczną regulacją wysokości min. od 5° do 50°;	Spełnia / Nie spełnia ⁷
8.	możliwość przesunięcia i podparcia nóg	Spełnia / Nie spełnia ⁸

¹ Niewłaściwe skreślić

² Niewłaściwe skreślić

³ Niewłaściwe skreślić

⁴ Niewłaściwe skreślić

⁵ Niewłaściwe skreślić

⁶ Niewłaściwe skreślić

⁷ Niewłaściwe skreślić

⁸ Niewłaściwe skreślić