**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** |
|  | Fabrycznie nowy/e | Spełnia / Nie spełnia[[1]](#footnote-1) |
|  | 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]](#footnote-2) |
|  | przeznaczenie: różne tryby zabiegów ginekologicznych; | Spełnia / Nie spełnia[[3]](#footnote-3) |
|  | elektryczna regulacja wysokości - zakres regulacji: min. od 86 cm do 106 cm; | Spełnia / Nie spełnia[[4]](#footnote-4) |
|  | sterowanie fotelem za pomocą ręcznego lub nożnego sterownika; | Spełnia / Nie spełnia[[5]](#footnote-5) |
|  | szerokość siedziska do min. 70 cm; | Spełnia / Nie spełnia[[6]](#footnote-6) |
|  | oparcie z elektryczną regulacją wysokości min. od 5o do 50o; | Spełnia / Nie spełnia[[7]](#footnote-7) |
|  | możliwość przesunięcia i podparcia nóg | Spełnia / Nie spełnia[[8]](#footnote-8) |

1. Niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. Niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-2)
3. Niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-3)
4. Niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-4)
5. Niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-5)
6. Niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-6)
7. Niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-7)
8. Niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-8)