

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 106 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