

Załącznik nr 3 do SWZ

Opis Techniczny (OPZ)

Zadanie nr 3:

Doposażenie gabinetu zabiegowego w sprzęt medyczny dostosowany do potrzeb osób o ograniczonej sprawności, tj:

Fotel do pobierania krwi - 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.	stanowisko do pobierania krwi;	Spełnia / Nie spełnia ³
4.	elektryczna regulacja wysokości – zakres regulacji min. od 58 cm do 87 cm;	Spełnia / Nie spełnia ⁴
5.	regulacja kąta siedziska;	Spełnia / Nie spełnia ⁵
6.	funkcja regulacji podłokietników (regulacja obrotu, wysokości oraz nachylenia);	Spełnia / Nie spełnia ⁶
7.	wklęsły kształt podłokietników stabilizujący kończynę;	Spełnia / Nie spełnia ⁷
8.	regulacja kąta oparcia pleców;	Spełnia / Nie spełnia ⁸
9.	szerokość siedziska min. 60 cm;	Spełnia / Nie spełnia ⁹
10.	dopuszczalne obciążenie do min. 180 kg;	Spełnia / Nie spełnia ¹⁰
11.	wyposażony w system jezdny uruchamiany dźwignią nożną	Spełnia / Nie spełnia ¹¹
12.	hydrauliczna regulacja oparcia i siedziska	Spełnia / Nie spełnia ¹²

¹ Niewłaściwe skreślić

² Niewłaściwe skreślić

³ Niewłaściwe skreślić

⁴ Niewłaściwe skreślić

⁵ Niewłaściwe skreślić

⁶ Niewłaściwe skreślić

⁷ Niewłaściwe skreślić

⁸ Niewłaściwe skreślić

⁹ Niewłaściwe skreślić

¹⁰ Niewłaściwe skreślić

¹¹ Niewłaściwe skreślić

¹² Niewłaściwe skreślić