**OFEROWANE PARAMETRY TECHNICZNE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **PARAMETRY TECHNICZNE** | **PARAMETR OFEROWANY****(PROSZĘ WSKAZAĆ)** |
|  | **Fotel transportowy dla pacjentów** | **2 szt.** |
| 1 | Producent, model |  |
| 2 | Rok produkcji min. 2022 |  |
| 3 | Podłokietniki wspomagające wstawianie |  |
| 4 | Odchylany podnóżek z funkcją składania |  |
| 5 | Hamulec centralny uruchamiany jednym dotknięciem |  |
| 6 | Koła przeciwwywrotne |  |
| 7 | Uchwyt na kartę pacjenta |  |
| 8 | Możliwość czyszczenia myjkami ciśnieniowymi |  |
| 9 | Uchwyt do pchania wózka BackSmart |  |
| 10 | Konstrukcja umożliwiająca łatwe składanie |  |
| 11 | Długość całkowita ok 102cm |  |
| 12 | Szerokość całkowita ok 72cm |  |
| 13 | Szerokość siedziska ok 55cm |  |
| 14 | Wysokość siedziska ok 38 cm |  |
| 15 | Udźwig ok 225kg |  |
| 16 | Podpórki na nogi |  |
| 17 | Poziomy uchwyt na butle z tlenem |  |
| 18 | Wieszak na płyny infuzyjne |  |
| 19 | Wieszaki na worki na mocz |  |
| 20 | Kolor |  |
| 21 | Dźwignie aktywacyjne |  |
| 22 | Pas biodrowy |  |
| 23 | Oznakowanie CE |  |
| 24 | Serwis gwarancyjny (nazwa, adres, dane kontaktowe) |  |

………………………., dnia …………………… r.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (podpis Wykonawcy lub kwalifikowany podpis elektroniczny)