

Zakopane, dnia 14.11.2017r.

Oznaczenie sprawy: ZPP-2810-11/17

Wykonawcy Pobierający Materiały Przetargowe SIWZ

W wyniku otrzymanych pisemnych pytań dotyczących postępowania przetargowego w trybie przetargu nieograniczonego na: **Dostawę sprzętu medycznego oraz rehabilitacyjnego dla Wojewódzkiego Szpitala Rehabilitacyjnego im. dr S. Jasińskiego w Zakopanem**

Działając na podstawie art. 38 ust. 2 i ust.4 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku - Prawo Zamówień Publicznych (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz.2164; zm. Dz. U. z 2016 r. poz. 1020, poz. 1250 i poz. 1265) przesyłam Państwu treść pisemnych pytań, odpowiedzi związanej z udzielonymi wyjaśnieniami na zadane pytania.

Pytania i odpowiedzi do SIWZ

Działając na podstawie art. 38 ust. 2 wyżej cytowanej ustawy, przesyłam Państwu treść pisemnych pytań oraz wyjaśnienia na zadane pytania w związku z przedmiotowym postępowaniem przetargowym:

1. Czy zamawiający dopuści łóżko z ręczną mechaniczną śrubową regulacją wysokości leża?

Odpowiedź: Tak, zamawiający dopuści zaproponowane parametr urządzenia – ręczna regulacja mechaniczną śrubową regulację wysokości leża.

2. Czy zamawiający dopuści łóżko wyposażone w materac jednosegmentowy dopasowany do wymiarów leża o grubości 10 cm?

Odpowiedź: Tak, zamawiający dopuści zaproponowane parametr urządzenia – materac jednosegmentowy dopasowany do wymiarów leża o grubości 10 cm posiadający atest PZH dostarczony wraz z przedmiotem zamówienia do zamawiającego.

3. Czy zamawiający dopuści szafkę przyłóżkową w kolorze beżowym bez możliwości wyboru innego koloru?

Odpowiedź: Nie, zamawiający informuje że kolor szafki musi być powiązany z kolorem łóżka (kolor RAL taki sam) stanowią one integralną część wyposażenia pokoju pacjenta.

4. Czy Zamawiający wydłuży termin realizacji zamówienia do 12 tygodni od momentu podpisania umowy? Akceptacja umożliwi złożenie oferty na produkt bardzo przybliżony do wymaganych parametrów technicznych.

Odpowiedź: Nie, zamawiający określił termin dostawy do dnia 22.12.2017r.

5. Czy Zamawiający dopuści łóżko regulowane ręcznie za pomocą korb umieszczonych pod wezglowiem od strony nóg pacjenta? Akceptacja umożliwi naszej firmie złożyć ofertę korzystnie cenowo.

Odpowiedź: Tak, zamawiający dopuści zaproponowane parametr urządzenia – ręczna regulacja mechaniczną śrubową regulację wysokości leża

6. Czy Zamawiający wymaga, aby materac łóżka posiadał dodatkowo atest higieniczny PZH oraz certyfikat OEKO-TEX? Wymienione dokumenty gwarantują, że oferowany produkt jest bezpieczny oraz nadaje się na oddziały szpitalne.

Odpowiedź: Tak, zamawiający dopuści zaproponowane parametr urządzenia – materac jednosegmentowy dopasowany do wymiarów leża o grubości 10 cm posiadający atest PZH dostarczony wraz z przedmiotem zamówienia do zamawiającego.

7. Czy Zamawiający dopuści szafki wykonane ze stali i tworzywa sztucznego ABS? Dzięki takiemu rozwiązaniu szafka jest bardziej wytrzymała na uszkodzenia mechaniczne

Odpowiedź Tak, zamawiający dopuści zaproponowane parametr urządzenia - szafka połączenie tworzywa ABS oraz stali informuje również że kolor musi być powiązany z kolorem łóżka (kolor RAL taki sam) stanowią one integralną część wyposażenia pokoju pacjenta.

8. Czy Zamawiający dopuści łóżko dwusegmentowe z regulacją segmentu nóg oraz wysokości? Dopuszczenie umożliwi złożenie ofert przez większą liczbę Wykonawców, dzięki czemu znacznie wzrośnie konkurencyjność postępowania.

Odpowiedź Tak, zamawiający dopuści zaproponowane parametr urządzenia – łóżko dwusegmentowe z regulacją wysokości leża oraz min. regulacją segmentu głowy.

9. Czy Zamawiający zaakceptuje szerokość łóżka 97 cm? Oferowany parametr nieznacznie różni się od wymaganego i może być uznany za równoważny.

Odpowiedź Tak, zamawiający dopuści zaproponowane parametr urządzenia – łóżko o szerokości 97 cm. Pozostałe parametry muszą zostać spełnione.

10. Czy Zamawiający dopuści wózek inwalidzki aluminiowy. Wózki o konstrukcji aluminiowej są lżejsze i wytrzymalsze w porównaniu z wózkami stalowymi. Pozostałe parametry wózka zgodne ze specyfikacją podaną przez Zamawiającego w opisie przedmiotu zamówienia.

Odpowiedź: Tak. Zamawiający dopuści zaproponowany parametr urządzenia – konstrukcja wózka aluminiowa.

11. Pakiet nr 3 - 1. Wózek inwalidzki lekki dla osób otyłych szt. 1 proszę o podanie szerokości siedziska dla przedmiotowego wózka.

Odpowiedź: Zamawiający doprecyzowuje parametr szerokości wózka inwalidzkiego dla osób otyłych szerokość siedziska min. 55 cm.

W związku pytaniami dotyczącymi parametrów technicznych przedmiotu zamówienia, Zamawiający informuje, że należy zastosować zmiany udzielone przez Zamawiającego do parametrów zawartych załącznik nr 1 do SIWZ / Umowy przedmiotowego postępowania przetargowego.

Modyfikacja (zmiana) zapisów SIWZ:

Działając na podstawie art. 38 ust. 2 i ust.4 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku - Prawo Zamówień Publicznych postanawia się wprowadzić modyfikacje zmiany zapisów SIWZ, które stają się jej integralną częścią. Dokonane zmiany są wiążące dla Wykonawców, którzy pobrali materiały przetargowe (SIWZ).

Ulega zmianie rozdział “ 16) Termin i miejsce składania ofert.”

“Zmianie ulega termin składania ofert, który obecnie wynosi do dnia 20.11.2017r.”

16) Termin i miejsce składania ofert.

1. Oferty należy złożyć w nieprzejrzystych, zamkniętych kopertach w **Sekretariacie Szpitala, ul. Ciągłówka 9, 34-500 Zakopane, piętro 4 pok. nr 417C w terminie do dnia 20.11.2017 r. do godz. 12.30...**

- 1.1. Koperta powinna być zaadresowana do zamawiającego opatrzona pieczęcią wykonawcy lub dokładnym adresem do korespondencji i oznaczona hasłem jak poniżej:

Nazwa (firma) adres Wykonawcy	Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny im. dr S. Jasińskiego ul. Ciągłówka 9 34-500 Zakopane
OFERTA	
Przetarg nieograniczony- dostawa sprzętu medycznego oraz rehabilitacyjnego. Nie otwierać przed 20.11.2017 r. godzina 12.45 pakiet nr...	

Ulega zmianie rozdział " 17) Termin otwarcia ofert:"

1. Otwarcie ofert jest jawne i nastąpi w dniu **20.11.2017 r. o godzinie 12:45** w sali konferencyjnej Szpitala obok sekretariatu, ul. Ciągłówka 9, Zakopane...

Wszelkie zmiany udzielone w pytaniach należy uwzględnić Załączniku nr 1 do SIWZ,

W załączeniu załącznik nr 1 do SIWZ.

*Niniejszą modyfikację zapisów SIWZ
zatwierdzam dnia 14.11.2017r.*

Dyrektor

Krystyna Walendowicz

Załącznik nr 1 do siwz

Opis przedmiotu zamówienia

Pakiet nr 1

Zmiany z dnia 14.11.2017 uwzględniono w opisie przedmiotu zamówienia (czytaj pytania)

1a. Łóżko czterosegmentowe z materacem oraz regulowaną zmianą wysokości 20 szt.

Lp.	Opis	Parametry oferowane (podać)
1.	Producent	
2.	Nazwa-model/typ	
3.	Kraj pochodzenia	
4.	Rok produkcji	

Lp.	Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia	Wartość lub zakres wartości wymaganych	Wartość lub zakres wartości oferowanych <i>podać/ opisać</i>
1.	Konstrukcja leża stalowa	Tak	
2.	Ręczna hydrauliczna lub elektryczna regulacja wysokości leża lub ręczna śrubowa regulacja wysokości leża	Tak	
3.	Dwu lub Czterosegmentowe leżę z regulacją segmentu głowy	Tak	
4.	Dwie lub Cztery barierki opuszczane/składane poniżej poziomu leża	Tak	
5.	Szczyty z tworzywa ABS łatwe do demontażu bez użycia narzędzi z zabezpieczeniem przed przypadkowym wypadnięciem	Tak	
6.	Przeźreń na rzeczy pacjenta umiejscowione pod leżem	Tak	
7.	Koła z hamulcem indywidualnym lub centralnym	Tak	
8.	Miejsce na stojak kroplówki w czterech narożach łóżka wraz ze stojakiem na kroplówki szt. 1	Tak	
9.	Haczyki na worki urologiczne	Tak	
10.	Materac posiadający atest PZH dopasowany do segmentów łóżka grubość – min 7 cm	Tak	
11.	Wypełnienie piankowe	Tak	
12.	Pokrowiec zmywalny na zamek błyskawiczny	Tak	
13.	Długość łóżka min. 205 cm max. 225 cm	Tak	
14.	Szerokość łóżka min. 97 cm max. 115 cm	Tak	
15.	Wysokość regulacji min. w zakresie od 50 cm do 70 cm (może być więcej w każdym kierunku.	Tak	

- *Jeżeli oferowany sprzęt nie spełnia wszystkich parametrów granicznych oferta zostanie odrzucona bez dalszej oceny.*

1b. szafka przyłóżkowa szt. 20.

L.p.	Opis	Parametry oferowane (podać)
5.	Producent	
6.	Nazwa-model/typ	
7.	Kraj pochodzenia	
8.	Rok produkcji	

Lp.	Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia	Wartość lub zakres wartości wymaganych	Wartość lub zakres wartości oferowanych podać/ opisać
1.	Szafka wykonana z tworzywa ABS oraz stali	Tak	
2.	Wysuwany blat o zabezpieczonych krawędziach zabezpieczające zsuwanie się przedmiotów	Tak	
3.	Szuflada oraz haczyki do zawieszania podręcznych rzeczy	Tak	
4.	Kolor dostosowany do koloru łóżka	Tak	
5.	Wysokość min. 70 cm	Tak	
6.	Szerokość min. 47 cm	Tak	
7.	Głębokość min. 46 cm	Tak	
8.	Koła jezdne.	Tak	

- *Jeżeli oferowany sprzęt nie spełnia wszystkich parametrów granicznych oferta zostanie odrzucona bez dalszej oceny.*

Imiona i nazwiska osób uprawnionych lub upoważnionych
do reprezentowania Oferenta

Podpisy osób uprawnionych lub upoważnionych
do reprezentowania Oferenta

Opis przedmiotu zamówienia

Pakiet nr 2

Brak zmian z dnia 14.11.2017 pytania nie dotyczyły pakietu nr 2

1. Orbitrek - chodziarz szt. 1

Lp.	Opis	Parametry oferowane (podać)
1.	Producent	
2.	Nazwa-model/typ	
3.	Kraj pochodzenia	
4.	Rok produkcji	

Lp.	Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia	Wartość lub zakres wartości wymaganych	Wartość lub zakres wartości oferowanych podać/ opisać
1.	Ergometr treningowy pozwalający wykonywać ruch kończyn dolnych jak w rowerze i współruch kończyn górnych	Tak	
2.	Wygodnie wyprofilowane, podwójne uchwyty kierownicy Regulowane siedzisko	Tak	
3.	Brak siły inercji	Tak	
4.	Regulowane pedały z paskiem antypoślizgowym	Tak	
5.	Regulacja magnetyczna oporu (1-24 stopnie)	Tak	
6.	Możliwość pomiaru tętna za pomocą pasa polar	Tak	
7.	Pomiar w czasie rzeczywistym: obroty na minutę (RPM) - czas pedałowania - przebyty dystans - moc (w Watach) - spalane kalorie	Tak	
8.	Rower, nie większy niż: 75 x 130 x 135 cm	Tak	
9.	Maksymalna waga użytkownika nie mniejsza niż 150 kg	Tak	
10.	Waga rowera nie większa niż 65 kg	Tak	
11.	Waga koła nie większa niż 4 kg.	Tak	
12.	System pedałów zatrzaskowych (SPD)	Tak	

- Jeżeli oferowany sprzęt nie spełnia wszystkich parametrów granicznych oferta zostanie odrzucona bez dalszej oceny.

2. Szyna do ćwiczeń kończyn dolnych i górnych (3 szt.)

Lp.	Opis	Parametry oferowane (podać)
1.	Producent	
2.	Nazwa-model/typ	
3.	Kraj pochodzenia	
4.	Rok produkcji	

Lp.	Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia	Wartość lub zakres wartości wymaganych	Wartość lub zakres wartości oferowanych <i>podać/ opisać</i>
1.	Urządzenie do ćwiczeń z wykorzystaniem oporu elastycznego – 1szt oraz dodatkowy komplet gum	Tak	
2.	opór elastyczny z możliwością dozowania obciążenia (min 6 gum = 0-30 kg)	Tak	
3.	możliwość wykonywania ruchu w pozycji półleżącej, leżącej, siedzącej, stojącej	Tak	
4.	taśmy do przymocowania urządzenia do łóżka czy stołu	Tak	
5.	gumowe stopki gwarantujące stabilne ustawienie na podłożu	Tak	
6.	wizualizacja ROM (zakresu ruchomości) i siły	Tak	
7.	niewielkie wymiary i waga	Tak	
8.	możliwość wykonywania pracy jedną lub dwoma kończynami w zamkniętym łańcuchu kinematycznym	Tak	
9.	wykonywanie ćwiczeń izotonicznych: koncentrycznych, ekscentrycznych oraz izometrycznych	Tak	
10.	wymiary +/-5% (dł. x szer. x wys.) : 100 x 31 x 18	Tak	

- *Jeżeli oferowany sprzęt nie spełnia wszystkich parametrów granicznych oferta zostanie odrzucona bez dalszej oceny*

3. Rotor do ćwiczeń kończyn dolnych i górnych z wykorzystaniem oporu wodnego (1 szt.)

Lp.	Opis	Parametry oferowane (podać)
1.	Producent	
2.	Nazwa-model/typ	
3.	Kraj pochodzenia	
4.	Rok produkcji	

Lp.	Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia	Wartość lub zakres wartości wymaganych	Wartość lub zakres wartości oferowanych <i>podać/ opisać</i>
1.	Ergometr cyklocentryczny kończyn górnych lub dolnych z oporem wodnym	Tak	
2.	20 stopni regulacji oporu	Tak	

3.	2 komory na wodę(czynna i bierna)	Tak	
4.	Możliwość ćwiczeń kończyn górnych lub dolnych	Tak	
5.	Praca w obu kierunkach (przód/tył)	Tak	
6.	Wygodne, obrotowe siedzisko z oparciem pod plecy	Tak	
7.	Obrotowa(360 stopni) regulacja pozycji ramienia	Tak	
8.	Możliwość ćwiczenia kończyn górnych w pozycji stojącej	Tak	
9.	Specjalna konstrukcja uchwytów umożliwiająca podłączenie kończyn dolnych lub górnych bez konieczności zmiany uchwytów	Tak	
10.	Interaktywny monitor wyświetlający: - czas - prędkość - dystans - ilość obrotów - kalorie - poziom obciążenia - tętno	Tak	

- *Jeżeli oferowany sprzęt nie spełnia wszystkich parametrów granicznych oferta zostanie odrzucona bez dalszej oceny.*

4. Urządzenie do treningu aktywnego i pasywnego rąk i nóg (szt. 1)

L.p.	Opis	Parametry oferowane (podać)
1.	Producent	
2.	Nazwa-model/typ	
3.	Kraj pochodzenia	
4.	Rok produkcji	

Lp.	Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia	Wartość lub zakres wartości wymaganych	Wartość lub zakres wartości oferowanych <i>podać/ opisać</i>
1.	Pasywne poruszanie nóg lub rąk z pomocą silnika. Trening wspomagany tzn. aktywny trening z pomocą silnika. Trening aktywny z możliwością dokładnego ustawienia oporu	Tak	
2.	Obsługa monitora urządzenia, za pomocą przycisków, min.13 programów treningowych:	Tak	
3.	Automatyczne rozpoznawanie nawet najmniejszej spastyki	Tak	
4.	Pomiar początkowego, końcowego oraz średniego napięcia mięśniowego.	Tak	
5.	Analiza treningu: widoczne dane o treningu oraz uzyskany postęp, podczas treningu: Prędkość, Czas treningu, Stopień trudności, Wspomaganie pedałowania, Opór hamulców, Dane o osiągnięciach.	Tak	
6.	stabilna konstrukcja metalowa	Tak	
7.	Metalowa obudowa silnika i wewnętrznych przewodów,	Tak	

	doprowadzających napięcie 230V		
8.	Możliwość ustawienia obrotów od 1 do 60 na minutę;	Tak	
9.	Stacjonarna jednostka obsługi, Menu urządzenia w języku polskim,	Tak	
10.	Usztywniające prowadnice do podudzi z płyną regulacją wysokości	Tak	
11.	Elastyczne opaski na stawy rąk zapinane na rzepy	Tak	

- *Jeżeli oferowany sprzęt nie spełnia wszystkich parametrów granicznych oferta zostanie odrzucona bez dalszej oceny.*

5. Kolumna terapeutyczna do ćwiczeń oporowych kończyn dolnych i górnych (1 szt.)

L.p.	Opis	Parametry oferowane (podać)
1.	Producent	
2.	Nazwa-model/typ	
3.	Kraj pochodzenia	
4.	Rok produkcji	

Lp.	Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia	Wartość lub zakres wartości wymaganych	Wartość lub zakres wartości oferowanych <i>podać/ opisać</i>
1.	Indywidualne dostosowanie obciążeń do ćwiczeń w różnorodnych warunkach: z oporem, pracy koncentrycznej, ekscentrycznej, funkcjonalnej	Tak	
2.	Nisko inercyjny system pozwalający na wykonywanie ćwiczeń eksplozywnych.	Tak	
3.	Zastosowanie równoległych linek pozwalające na wielowymiarowe wzorce ruchowe, różnorodność ćwiczeń,	Tak	
4.	Możliwość indywidualnego dostosowania obciążenia do możliwości ćwiczącego	Tak	
5.	Linki wychodzące z oddzielnych, podwójnych prowadnic, opartych na wysokiej jakości bezobsługowych łożyskach.	Tak	
6.	Stos ciężarów zabezpieczone odporną na uderzenia osłoną	Tak	
7.	Wbudowany system jezdny umożliwiający łatwy i szybki transport urządzenia	Tak	
8.	Wymiary i waga (10/-10%): (L x W x H): 130 x 110 x 222 cm, min. 120kg	Tak	
9.	Stos minimum: 10 x 4.0 kg 10 x 2.0 kg	Tak	
10.	Kolumna wyposażona w: dwie linki, mankiet na staw skokowy (szt.2), mankiet udowy(szt.2), uchwyt kończyn górnych (sz.2), pas biodrowy (szt.1), pas na obręcz barkową(szt.1), mankiet nadgarstkowy(szt.1), drążek(szt.1)	Tak	

- *Jeżeli oferowany sprzęt nie spełnia wszystkich parametrów granicznych oferta zostanie odrzucona bez dalszej oceny.*

6. Stół terapeutyczny (1 szt.)

L.p.	Opis	Parametry oferowane (podać)
1.	Producent	
2.	Nazwa-model/typ	
3.	Kraj pochodzenia	
4.	Rok produkcji	

Lp.	Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia	Wartość lub zakres wartości wymaganych	Wartość lub zakres wartości oferowanych <i>podać/ opisać</i>
1.	Elektryczna regulacja wysokości – za pomocą ramy dostępnej z każdej strony stołu do masażu	Tak	
2.	Układ jezdny – oparty na kółkach i stopkach.	Tak	
3.	Zaglówek z wyprofilowanym otworem na nos brodę oraz zaślepka otworu,	Tak	
4.	Piwot ze sterowaniem elektrycznym,	Tak	
5.	Podnózek oraz zagłówek regulowany za pomocą sprężyny gazowej.	Tak	
6.	Regulowane bocзки zagłówka	Tak	
7.	Grubość tapicerki stołu min. 40 mm	Tak	
8.	Ilość sekcji min. 5 Regulacja wysokości stołu w zakresie min. 50 do 100 cm	Tak	
9.	Kąt pochylenia zagłówka od -70 do 40 stopni Kąt pochylenia sekcji środkowej od 0 do 30 stopni Kąt pochylenia sekcji tylnej od -30 do 85 stopni (oferowany stół terapeutyczny musi spełnić minimalne wymagania podane lub większe)	Tak	
10.	Wymiarzy stoły : min. długość 200 cm. Szerokość min. 68 cm	Tak	
11.	Obciążenie stołu do 150 kg	Tak	
12.	Wyposażenie stołu: zestaw akcesoriów : m.n kliny, wałki, pasy,	Tak	

- *Jeżeli oferowany sprzęt nie spełnia wszystkich parametrów granicznych oferta zostanie odrzucona bez dalszej oceny.*

Imiona i nazwiska osób uprawnionych lub upoważnionych
do reprezentowania Oferenta

Podpisy osób uprawnionych lub upoważnionych
do reprezentowania Oferenta

Załącznik nr 1 do siwz

Opis przedmiotu zamówienia

Pakiet nr 3

Zmiany z dnia 14.11.2017 uwzględniono w opisie przedmiotu zamówienia (czytaj pytania)

1. Wózek inwalidzki lekki dla osób otyłych (szt. 1)

Lp.	Opis	Parametry oferowane (podać)
1.	Producent	
2.	Nazwa-model/typ	
3.	Kraj pochodzenia	
4.	Rok produkcji	

Lp.	Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia	Wartość lub zakres wartości wymaganych	Wartość lub zakres wartości oferowanych <i>podać/ opisać</i>
1.	Konstrukcja stalowa lub aluminiowa szerokość siedziska min. 55 cm	Tak	
2.	Możliwość regulacji głębokości siedziska, wysokości siedziska, wysokości i głębokości podparcia pod łokieć,	Tak	
3.	Obciążenie wózka min. 120 kg	Tak	
4.	Koła bezdętkowe	Tak	
5.	Zastosowanie tapicerki ortopedycznej	Tak	
6.	Podnóżki pod stopy zdejmowane i składane	Tak	
7.	Pas brzuszny	Tak	

- Jeżeli oferowany sprzęt nie spełnia wszystkich parametrów granicznych oferta zostanie odrzucona bez dalszej oceny.

2. Wózek inwalidzki z podparciem głowy (szt. 1)

Lp.	Opis	Parametry oferowane (podać)
1.	Producent	
2.	Nazwa-model/typ	
3.	Kraj pochodzenia	
4.	Rok produkcji	

Lp.	Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia	Wartość lub zakres wartości wymaganych	Wartość lub zakres wartości oferowanych <i>podać/ opisać</i>
1.	Konstrukcja zapewniająca optymalne położenia pacjenta z cztero lub trzy kończynowym porażeniem,	Tak	
2.	Możliwość regulacji kąta zagłówka głowy, oparcia,	Tak	

	siedziska, regulowana wysokość siedziska, wysokości i głębokości podparcia pod łokieć,		
3.	Możliwość zmiany poszeżenia siedziska, zabezpieczenie na kolana,		
4.	Obciążenie wózka min. 90 kg	Tak	
5.	Koła na szybkozłącza	Tak	
6.	Zastosowanie tapicerki ortopedycznej	Tak	
7.	Podnóżki pod stopy zdejmowane i składane	Tak	
8.	Pas brzuszny, regulowana wysokość rączek do pchania	Tak	

- *Jeżeli oferowany sprzęt nie spełnia wszystkich parametrów granicznych oferta zostanie odrzucona bez dalszej oceny.*

3. Wózek inwalidzki ręczny (szt. 10)

L.p.	Opis	Parametry oferowane (podać)
1.	Producent	
2.	Nazwa-model/typ	
3.	Kraj pochodzenia	
4.	Rok produkcji	

Lp.	Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia	Wartość lub zakres wartości wymaganych	Wartość lub zakres wartości oferowanych <i>podać/ opisać</i>
1.	Konstrukcja stalowa składana krzyżowo,	Tak	
2.	Szerokość siedziska min. 45 cm,	Tak	
3.	Podłokietnik zdejmowany,		
4.	Obciążenie wózka min. 100 kg	Tak	
5.	Koła na szybkozłącza	Tak	
6.	Wyposażony w hamulce	Tak	
7.	Podnóżki pod stopy unoszone,	Tak	
8.	Waga max. 20 kg	Tak	

- *Jeżeli oferowany sprzęt nie spełnia wszystkich parametrów granicznych oferta zostanie odrzucona bez dalszej oceny.*

Imiona i nazwiska osób uprawnionych lub upoważnionych
do reprezentowania Oferenta

Podpisy osób uprawnionych lub upoważnionych
do reprezentowania Oferenta