**Załącznik nr: 1**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Przedmiotem zamówienia jest dostawa wyposażenia medycznego Dziennego Domu Pomocy Medycznej (DDOM).**

Zadanie nr: 1 Kozetka lekarska– szt 3.

Kod CPV 33.19.20.00-2 Meble medyczne

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Parametry i warunki wymagane** | **Parametry oferowane**  **Opisać lub wpisać Tak/Nie** | **Parametry wymagane i oceniane** |
| 1 | **Kozetka lekarska**  1. Typ/nazwa  2. Fabrycznie nowa, rok produkcji (podać)  3. Producent | ………………………………………………  ……………………………………………….  ………………………………………………. | **-** |
| 1) | Konstrukcja metalowa 2-częściowa, o regulowanej wysokości stelaża w zakresie ok. 40 do 80 cm, malowana proszkowo. |  | bez punktacji |
| 2) | Leże tapicerowane bezszwowo, zmywalne ( kolor tapicerki do wyboru Zamawiającego)  dł. 180-190 cm  szer. 55-70 cm |  | bez punktacji |
| 3) | Regulacja zagłówka za pomocą sprężyny gazowej w zakresie min. ± 40°. |  | bez punktacji |
| 2 | **Wyposażenie:** |  | bez punktacji |
| 1) | Uchwyt na rolkę podkładu jednorazowego |  | bez punktacji |
| 3 | **Gwarancja** | - | - |
| 1) | Gwarancja – min 12 miesięcy, max: 60 miesięcy | *podać* | *parametr oceniany* |
| 4 | **Inne wymagania** | ***-*** | ***-*** |
| 1) | Deklaracja zgodności oznaczona znakiem CE | ***dołączyć do oferty*** | bez punktacji |
| 2) | Karta gwarancyjna | ***dostarczyć wraz z urządzeniem*** | bez punktacji |
| 3) | Prospekt, katalog potwierdzający oferowane parametry lub materiały informacyjne producenta | ***dołączyć do oferty*** | bez punktacji |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa/typ*** | ***Ilość***  ***szt/kpl*** | ***Cena netto***  ***w PLN*** | ***VAT***  ***%*** | ***Wartość VAT***  ***W PLN*** | ***Wartość netto***  ***W PLN*** | ***Wartość brutto***  ***W PLN*** |
| **1** | **Kozetka lekarska**  **typ……………………….** | **3** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | ***Razem:*** |  |  |  |

………..…………………….

/Podpis i pieczęć wykonawcy/

**Zadanie nr: 2 Szafa medyczna na leki – szt 1**

Kod CPV 33.19.20.00-2 Meble medyczne

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Parametry i warunki wymagane** | **Parametry oferowane**  **Opisać lub wpisać Tak/Nie** | **Parametry wymagane i oceniane** |
| 1 | **Szafa medyczna na leki**  1. Typ/nazwa  2. Fabrycznie nowa, rok produkcji (podać)  3. Producent | ………………………………………………  ……………………………………………….  ………………………………………………. | **-** |
| 1) | Konstrukcja metalowa malowana proszkowo, z przeszklonymi drzwiczkami i blaszanymi szafkami na dole,  wysokość- max. 190 cm  szerokość - 80 cm  głębokość- w zakresie 40-45 cm |  | bez punktacji |
| 2) | Przeszklenie drzwi i półki ze szkła hartowanego. |  | bez punktacji |
| 3) | Na drzwiach uchwyt ryglujący. Blokada w dwóch punktach Zamykana na klucz oddzielnie góra, dół. |  | bez punktacji |
| 2 | **Wyposażenie:** |  | bez punktacji |
| 1) | Kółka skrętne w tym 2 z hamulcami |  | bez punktacji |
| 3 | **Gwarancja** | - | - |
| 1) | Gwarancja – min 12 miesięcy, | *podać* | *parametr oceniany* |
| 4 | **Inne wymagania** | ***-*** | ***-*** |
| 1) | Deklaracja zgodności oznaczona znakiem CE | ***dołączyć do oferty*** | bez punktacji |
| 2) | Karta gwarancyjna | ***dostarczyć wraz z urządzeniem*** | bez punktacji |
| 3) | Prospekt, katalog potwierdzający oferowane parametry lub materiały informacyjne producenta | ***dołączyć do oferty*** | bez punktacji |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa/typ*** | ***Ilość***  ***szt/kpl*** | ***Cena netto***  ***w PLN*** | ***VAT***  ***%*** | ***Wartość VAT***  ***W PLN*** | ***Wartość netto***  ***W PLN*** | ***Wartość brutto***  ***W PLN*** |
| **2** | **Szafa medyczna na leki**  **typ ......…………………..** | **1** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | ***Razem:*** |  |  |  |

.........................................

/podpis i pieczęć wykonawcy/

**Zadanie nr: 3 Wózek zabiegowy wielofunkcyjny – 1 szt**

Kod CPV 33.19.20.00-2 Meble medyczne

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

| **Lp** | **Parametry i warunki wymagane** | **Parametry oferowane**  *Opisać lub wpisać Tak/Nie* | **Parametry wymagane i oceniane** |
| --- | --- | --- | --- |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** |  | **-** |
| 1 | 1/ Typ/nazwa ........................................................  2/ Rok produkcji ……………………………….  3/ Producent........................................................... |  | bez punktacji |
| 2 | Konstrukcja wózka jednobryłowa ( jednoczęściowa) bez elementów łączonych |  | bez punktacji |
| 3 | Wymiary zewnętrzne: 800 x 700 x900  tolerancja dla wszystkich wymiarów +/- 5% |  | bez punktacji |
| 4 | Podstawa jezdna – 4 koła (nie brudzące podłoża) z blokadą |  | bez punktacji |
| 5 | Blat górny z pogłębieniem zabezpieczony przed zsuwaniem się przedmiotów |  | bez punktacji |
| 6 | Uchwyt do prowadzenia wózka |  | bez punktacji |
| 7 | Konstrukcja wózka wyposażona w centralny system zamknięcia szuflad ( na klucz) |  | Tak-10 pkt  Nie- 0 pkt |
| 8 | Możliwość umieszczenia na czole szuflad opisów identyfikujących ich zawartość. |  | Tak- 10 pkt  Nie – 0 pkt |
| 9 | Kolor wózka do wyboru Zamawiającego |  | bez punktacji |
| **II** | **Wyposażenie** |  | **-** |
| 1 | 4 szuflady o różnej wysokości |  | bez punktacji |
| 2 | Pojemnik na zużyte igły |  | bez punktacji |
| 3 | Kosz na odpadki |  | bez punktacji |
| 4 | Kosz na odpady skażone |  | bez punktacji |
| 5 | Wieszak na płyny infuzyjne |  | bez punktacji |
| **III** | **Gwarancja** |  | **-** |
| 1 | Gwarancja – min 12 miesięcy | *podać* | *parametr oceniany* |
| **IV** | **Inne wymagania** |  | - |
| 1 | Deklaracja zgodności oznaczona znakiem CE | dołączyć do oferty | bez punktacji |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim oraz karta gwarancyjna | dostarczyć wraz z urządzeniem | bez punktacji |
| 3 | Prospekt urządzenia, katalog potwierdzający oferowane parametry lub materiały informacyjne producenta | dołączyć do oferty | bez punktacji |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa/typ*** | ***Ilość***  ***szt/kpl*** | ***Cena netto***  ***w PLN*** | ***VAT***  ***%*** | ***Wartość VAT***  ***W PLN*** | ***Wartość netto***  ***W PLN*** | ***Wartość brutto***  ***W PLN*** |
| **3** | **Wózek zabiegowy wielofunkcyjny**  **typ .………………………..** | **1** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | ***Razem:*** |  |  |  |

.........................................

/podpis i pieczęć wykonawcy/

###### Zadanie nr: 4

###### kod CPC: 73430000-5 Testy i ocena

##### Testy psychologiczne

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa/typ*** | ***Ilość***  ***szt*** | ***Cena netto***  ***w PLN*** | ***VAT***  ***%*** | ***Wartość netto***  ***W PLN*** | ***Wartość Vat***  ***W PLN*** | ***Wartość brutto***  ***W PLN*** |
| 1 | **Test depresji Becka** | **240** |  |  |  |  |  |
| 2 | **Geriatryczna Skala Oceny depresji** | 120 |  |  |  |  |  |
| 3 | **Testy przesiewowe do badania funkcji poznawczych** | 120 |  |  |  |  |  |
| 4 | **Skala Oceny Stanu Psychicznego MMSE** | 240 |  |  |  |  |  |
| 5 | **Test ACE III** | 120 |  |  |  |  |  |
| 6 | **Test pamięci wzrokowej BENETON** | 120 |  |  |  |  |  |
| 7 | **Test do badania osobowości EPQ-R** | 120 |  |  |  |  |  |
| 8 | Test do badania inteligencji WAIS-RCPL | 120 |  |  |  |  |  |
| 9 | Diagnoza uszkodzeń mózgu- DUM | 240 |  |  |  |  |  |
| 10 | Test figury złożonej Reya | 120 |  |  |  |  |  |
| 11 | Krzywa figury złożonej Reya | 120 |  |  |  |  |  |
| 12 | Montrealski Test do Oceny Funkcji Poznawczych (MoCA) | 240 |  |  |  |  |  |
| 13 | Test Płynności Figuralnej Ruffa -RFFT | 120 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **Razem** |  |  |  |

...........................................

/Podpis i pieczęć wykonawcy /