**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 cmszer. 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 cmszerokość - 80 cmgłębokość- 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 x900tolerancja 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 pktNie- 0 pkt |
| 8 | Możliwość umieszczenia na czole szuflad opisów identyfikujących ich zawartość.  |  | Tak- 10 pktNie – 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 /