NOF.2110- /2019 Puławy, dn. 25.07.2019r.

**ZAPYTANIE OFERTOWE**

**w postępowaniu na zakup i dostawę sprzętu rehabilitacyjnego w ramach projektu**

**„Bezpieczna przystań Vigor”** **współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014/2020**

 **oraz Programu integracji społeczności romskiej w Polsce na rok 2019.**

 Zatwierdzam: ……………

1. **Dane Zamawiającego**

Zamawiającym jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Puławach

ul. Leśna 17, 24-100 Puławy

tel. 81 458 62 01, faks: 81 458 62 09

NIP Miasta Puławy 716-265-76-27

e-mail: sekretariat@mops.pulawy.pl

1. **Wartość zamówienia**
	1. Wartość zamówienia nie przekracza kwoty 30 tys. euro określonej w art.4 pkt 8 ustawy Pzp.
2. **Postanowienia ogólne**
	1. Postępowanie jest prowadzone w języku polskim. Jeżeli dokumenty są sporządzone w języku obcym, Wykonawca powinien złożyć je wraz z tłumaczeniem na język polski.
	2. Każdy Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę. Złożenie większej liczby ofert przez jednego Oferenta skutkować będzie odrzuceniem wszystkich ofert danego Oferenta.
	3. Zamawiający nie przewiduje zwrotu kosztów udziału w postępowaniu.
3. **Opis przedmiotu zamówienia, termin i miejsce wykonania zamówienia**
	1. Przedmiotem zamówienia jest zakup i dostawa sprzętu rehabilitacyjnego w ramach projektu „Bezpieczna przystań Vigor” oraz Programu integracji społeczności romskiej w Polsce na rok 2019.
	2. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia określony został w załączniku Nr 3- Opis przedmiotu zamówienia.
	3. Termin realizacji: do 31sierpnia 2019 roku przy czym dokładny termin dostawy lub dostaw zostanie ustalony wspólnie z Wykonawcą.
	4. Miejsce dostawy: Specjalistyczny Ośrodek Wsparcia przy ul. Kołłątaja 64 w Puławach.
	5. Kod zamówienia według Wspólnego Słownika Zamówień:

 33100000-1 urządzenia medyczne

1. **Wykaz żądanych oświadczeń lub dokumentów**

 Zamawiający żąda następujących dokumentów:

* 1. Wypełniony i podpisany **formularz** **oferty** - zgodny w treści ze wzorem stanowiącym załącznik nr 1.
	2. Podpisane **oświadczenie o braku powiązań osobowych lub kapitałowych** – wzór stanowi załącznik nr 2.

Oferta wraz z załącznikami musi być podpisana przez osobę/ osoby umocowane do reprezentowania Wykonawcy, zgodnie z wpisem do właściwego rejestru KRS lub CEiIDG .

W przypadku podpisania oferty przez osobę / osoby inne niż uprawnione do reprezentowania wykonawcy jest dołączenie stosownego pełnomocnictwa. **Pełnomocnictwo** należy dołączyć do oferty w formie oryginału lub kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez wykonawcę, a w przypadku przesłania oferty przy użyciu środków komunikacji elektronicznej w formie skanu z oryginału.

Podpisanie załączników oznacza potwierdzenie i akceptację wszystkich zawartych w nich treści. Jednocześnie niedostarczenie lub niepodpisanie któregoś z załączników skutkuje odrzuceniem oferty.

1. **Opis sposobu przygotowania oferty** (wymogi formalne oferty oraz forma dokumentów)
	1. Ofertę można złożyć tylko jedną.
2. w formie pisemnej za pośrednictwem poczty, kuriera lub osobiście w zamkniętej kopercie opisanej w następujący sposób: nazwę, adres, telefon Wykonawcy, nazwę i adres Zamawiającego, a także opatrując napisem: **„oferta na sprzęt rehabilitacyjny ”** na adres: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, ul. Leśna 17, 24 – 100 Puławy (godziny pracy biura: 7.15-15.15 od poniedziałku do piątku)

 Zaleca się by dokumenty złożone w formie pisemnej były spięte, ponumerowane i parafowane na każdej stronie.

b) lub drogą elektroniczną (wysłać skan podpisanej dokumentacji) na adres e-mail: mbyszewska@mops.pulawy.pl w temacie wiadomości e-mail należy wpisać: **„oferta na sprzęt rehabilitacyjny”.**

* 1. Oferta i załączone do niej dokumenty, muszą być podpisane przez Wykonawcę. Za podpisanie uznaje się własnoręczny podpis złożony w sposób umożliwiający identyfikację osoby. Wszelkie poprawki lub zmiany w ofercie muszą być dokonane w sposób czytelny, parafowane własnoręcznie przez osoby podpisujące ofertę.
	2. Ofertę wraz z dokumentami należy złożyć w jednym egzemplarzu.
1. **Termin związania ofertą**

Wykonawca pozostaje związany ofertą przez okres 30 dni. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

1. **Opis sposobu obliczenia ceny oferty**
	1. Cenę należy podać w złotych polskich (PLN).
	2. Rozliczenia dokonywane będą w złotych polskich (PLN).
	3. Wykonawca zobowiązany jest w swojej ofercie uwzględnić wszelkie koszty związane

 z realizacją przedmiotu zamówienia w okresie jego realizacji.

1. **Miejsce oraz termin składania ofert**
	1. Ofertę wraz z wymaganymi dokumentami należy złożyć w terminie **do 2 sierpnia 2019 r. do godz. 8:00** w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej przy ul. Leśnej 17, 24-100 Puławy w sekretariacie (I piętro) lub przesłać skan oferty na adres mbyszewska@mops.pulawy.pl
	2. Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane. Decydujące znaczenie dla oceny zachowania powyższego terminu ma data wpływu oferty na wskazany adres, a nie data jej wysłania przesyłką pocztową lub kurierską lub też pocztą elektroniczną.
2. **Opis kryteriów, którymi Zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty najkorzystniej­szej**
	1. Zamawiający dokona oceny ofert, które nie zostały odrzucone, na podstawie następującego kryterium

**Kryterium** – „cena oferty” - waga **100%**

* 1. Zamawiający w kryterium „cena oferty" będzie oceniał oferty przyznając punkty wg wzoru:

Najniższa oferowana cena brutto

 x 100 = liczba pkt

Cena badanej oferty brutto

Maksymalna liczba punktów do uzyskania w kryterium „cena oferty" wynosi 100.

* 1. Zamawiający uzna za najkorzystniejszą ofertę, która uzyska najwyższą liczbę punktów.
	2. Zamawiający dopuszcza możliwość przeprowadzenia negocjacji z Wykonawcą, który złoży najkorzystniejszą ofertę.
1. **Wybór najkorzystniejszej oferty**
	1. Zamawiający niezwłocznie po wyborze najkorzystniejszej oferty zawiadomi Oferentów, którzy złożyli oferty, o wynikach postępowania.
	2. Oferent, którego oferta zostanie uznana jako najkorzystniejszą, zostanie poinformowany przez Zamawiającego o miejscu i terminie zawarcia umowy.
	3. Jeżeli Wykonawca, którego oferta została wybrana, będzie uchylał się od zawarcia umowy, Zamawiający może wybrać ofertę najkorzystniejszą spo­śród pozostałych ofert, z zastrzeżeniem nieprzekroczenia wysokości środków zaplanowanych w budżecie projektu na realizację niniejszego działania.
	4. Zamawiający zastrzega sobie prawo unieważnienia postępowanie bez podania przyczyny.
	5. Informację o unieważnieniu postępowania o udzielenie zamówienia Zamawiający zamieści na stronie internetowej- w przypadku unieważnienia postępo­wania przed upływem terminu składania ofert, albo zawiadomi Wykonawców, którzy złożyli oferty-w przypadku unieważnienia postępowania po upływie terminu składania ofert.
2. **Termin realizacji umowy**

Przez 30 dni.

1. **Warunki istotnych zmian umowy.**

 Zamawiający zastrzega możliwość dokonania zmiany do zawartej umowy.

1. **Zakaz powiązań osobowych i kapitałowych**
	1. Z możliwości realizacji zamówienia wyłączone są podmioty, które są powiązane osobowo lub kapitałowo z MOPS Puławy. Przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się wzajemne powiązania między MOPS Puławy lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu MOPS Puławy lub osobami wykonującymi w imieniu MOPS Puławy czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy a Wykonawcą, polegające na:

a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,

b) posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji,

c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,

d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli,

e) pozostawieniu z wykonawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do bezstronności tych osób.

* 1. Ocena nastąpi na podstawie oświadczenia złożonego przez Wykonawcę wraz z ofertą, którego wzór stanowi załącznik nr 2.
1. **Klauzula informacyjna.**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobo­wych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016), dalej „RODO" informuje się, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
z siedzibą przy ul. Leśnej 17 w Puławach, 24-100 Puławy.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej
w Puławach to: 24-100 Puławy, ul. Piłsudskiego 83, tel. 81 458 63 09, tel. kom. 609 193 008, e-mail: rodo@cuwpulawy.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. cRODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie niniejszego zamówienia publicznego;
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty uprawnione, którym dokumentacja postępowania może zostać udostępniona w oparciu o zasadę jawności postępowania lub na podstawie przepisów prawa;
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres prowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego oraz po jego zakończeniu zgodnie z instrukcją kancelaryjną ustaloną przez Archiwum Państwowe dla danej kategorii akt w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt obowiązującym w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej;
6. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale jest konieczne do ustalenia w należyty sposób wartości zamówienia. W przypadku ich nie podania nie będzie możliwe uwzględnienie złożonej oferty przy ustalaniu wartości przedmiotowego zamówienia oraz ewentualne udzielenie Państwu zamówienia publicznego lub zawarcie umowy.
7. W odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
8. posiada Pani/Pan:
* na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
* na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych. Skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego ani zmianą postanowień umowy oraz nie może naruszać integralności protokołu i jego załączników ;
* na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania

danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO. Prawo do ograniczenia przetwarzania ni ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego ;

* prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
1. nie przysługuje Pani/Panu:
* w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
* prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
* na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO

**Wykaz załączników:**

*Załącznik Nr 1- Formularz oferty*

*Załącznik Nr 2- Oświadczenie o braku powiązań osobowych lub kapitałowych*

*Załącznik Nr 3- Opis przedmiotu zamówienia*

**Formularz Oferty załącznik nr 1**

Nazwa Wykonawcy:…………………………………………………………………………..

Adres Wykonawcy:…………………………………………………………………………….

NIP………… REGON..

Nr rejestru KRS (jeżeli dotyczy)

Osoba upoważniona do kontaktowania się z zamawiającym …………………………………

 e-mail:

Nr tel.: nr faksu ……………………………………..

**W odpowiedzi na zaproszenie do złożenia oferty na zakup i dostawę sprzętu rehabilitacyjnego**

1. Oferuję realizację przedmiotu zamówienia za cenę:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa towaru** | **szt.** | **Przewidywana** **ilość zakupu** | **Wartość zł brutto** | **Oferowany okres gwarancji** |
| **Planowany zakup sprzętu rehabilitacyjnego w ramach projektu „Bezpieczna przystań Vigor” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014/2020** |
|  | Czwórnóg | szt | 5 |  |  |
|  | Materac przeciwodleżynowy | szt | 6 |  |  |
|  | Łóżko medyczne | szt | 6 |  |  |
|  | Balkonik | szt | 5 |  |  |
|  | Wózek inwalidzki | szt | 3 |  |  |
|  | Wózek pielęgnacyjny toaletowy | szt | 4 |  |  |
|  | Koncentrator tlenu | szt | 4 |  |  |
|  | Krzesło toaletowe | szt | 4 |  |  |
|  | Drabinka przyłóżkowa | szt | 20 |  |  |
|  | Łatwoślizg | szt | 20 |  |  |
|  | Podnośnik dla osób leżących | szt | 5 |  |  |
|  | Kule łokciowe | szt | 20 |  |  |
|  | Laski ortopedyczne | szt | 10 |  |  |
|  | Inhalator | szt | 5 |  |  |
| **Planowany zakup sprzętu w ramach Programu integracji społeczności romskiej w Polsce na rok 2019** |
|  | Ciśnieniomierz elektroniczny naramienny | szt | 15 |  |  |
|  | Apteczka domowa | szt | 15 |  |  |
|  | RAZEM: |  |  |
|  |

**Minimalny okres gwarancji to 24 miesiące. Zaoferowanie krótszego okresu gwarancji spowoduje odrzucenie oferty. Brak określenia w ofercie okresu gwarancji spowoduje odrzucenie oferty**

Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia wszystkie wymagania Zamawiającego określone w opisie przedmiotu zamówienia a cena oferty uwzględnia wszystkie koszty wykonania zamówienia.

1. Wyrażam zgodę na warunki płatności i zrealizuję zamówienie w ustalonym terminie.
2. Oświadczam, że:

a) jestem uprawniony do wykonywania działalności i czynności w zakresie, w jakim ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień;

b) posiadam niezbędną wiedzę, doświadczenie oraz potencjał techniczny do wykonania zamówienia,

c) znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia;

d) nie zalegam z opłaceniem podatków, opłat oraz składek na ubezpieczenie zdrowotne lub społeczne.

*…………………………………………………*

 *Miejscowość, data*

*……………………………………………………*

 *(podpis osoby/osób upoważnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy)*

**Oświadczenie o braku powiązań osobowych lub kapitałowych *-* Załącznik Nr 2**

 ……………………………

 (Miejscowość, data)

……………………………….

(Imię i Nazwisko)

**Oświadczenie**

**o braku powiązań osobowych lub kapitałowych**

Niniejszym oświadczam, że jako Wykonawca nie jestem powiązany z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo.

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania pomiędzy Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związanych z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a Wykonawcą, polegające w szczególności na:

* 1. Uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
	2. Posiadania co najmniej 10% udziałów lub akcji,
	3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
	4. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

……………………………………………..

 Podpis osoby składającej oświadczenie

**Opis Przedmiotu Zamówienia -załącznik nr 3**

**Opis Przedmiotu Zamówienia**

 Przedmiotem zamówienia jest zakup i dostawa opisanego w poniższej tabeli sprzętu rehabilitacyjnego w ramach projektu „Bezpieczna przystań Vigor” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014/2020 oraz Programu integracji społeczności romskiej w Polsce na rok 2019.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa towaru** | **Parametry** | **Przewidywana** **ilość zakupu** |
|  | Czwórnóg rehabilitacyjny | * Wykonany z aluminium, ze stalową podstawą,
* regulacja skokowa wysokości co 2-2,5cm,
* anatomicznie profilowany uchwyt,
* możliwość użytkowania jako wersji prawej i lewej,
* cztery punkty podparcia zakończone gumowymi zabezpieczeniami antypoślizgowymi.
 | 5 |
|  | Materac przeciwodleżynowy | O konstrukcji rurowej. Przeznaczony dla osób stale leżących, w stanie średnim i ciężkim. * Komory na przemian wypełniane powietrzem z pokrowcem
* Wykonany z PCV
* Łącznik pozwalający na wypięcie jednej rury, aby uzyskać wolną przestrzeń pod odleżyną co przyspiesza gojenie się rany
* Ręczna regulacja ciśnienia w materacu, dobierana do wagi pacjenta
* Cicha, energooszczędna pompa z filtrem powietrza
* Wyłogi do mocowania na zwykłych materacach łóżkowych
* Wytrzymałość materaca do 140 kg
* Nowy, medyczny, atestowany

Zestaw jednego materaca powinien zawierać:* Energooszczędną cichą pompę
* Wytrzymały materac rurowy,
* Nieprzemakalny pokrowiec
* Zapasową rurę
* Łącznik pozwalający na wypięcie jednej rury
* Uchwyt do mocowania pompy na łóżku
* Polską instrukcję obsługi
 | 6 |
|  | Łóżko medyczne | Łóżko rehabilitacyjne pomocne w pielęgnacji i rehabilitacji osób niepełnosprawnych i chorych przebywających w domu.Wymagania:* Możliwość sterowania elektronicznego funkcjami łózka za pomocą pilota,
* Regulacja wysokości leża w zakresie od 40 do 80 cm,
* Strefa podparcia pleców i ud oraz bezpieczne zablokowanie wybranej pozycji łóżka, mechanizm blokujący segment podudzi,
* ma posiadać wysięgnik wraz z uchwytem, na którym można się podciągnąć do pozycji siedzącej i który wytrzymuje obciążenie do 80 kg,
* powierzchnia spania podzielona na 4 segmenty, posiadająca 2 pojedyńcze silniki sterowane indywidualnie, powierzchnia spania 90cm x 200cm,
* poręcze boczne na suwaki,
* cztery koła antystatyczne każde z hamulcem,
* ma spełniać normy i zgodności z dyrektywą UE o wyrobach medycznych oraz oznaczenie CE
 | 6 |
|  | Balkonik | Balkonik inwalidzki składany typu rama, zapewniający pewne i stabilne podparcie osobom o obniżonej sprawności ruchowej. Chodzik dwukołowy;Specjalna konstrukcja ramy pozwalającą na indywidualną regulację wysokości. | 5 |
|  | Wózek inwalidzki | Aluminiowy wózek inwalidzki z możliwością złożenia oraz przewiezienia, * zdejmowalne, zmywalne oraz anty-bakteryjne siedzisko,
* składane oparcie
* uchylne i odpinane podnóżki z możliwością regulacji wysokości
* podnóżki zaopatrzone w pasy zabezpieczające stopy
* pas biodrowy zabezpieczający przed wypadnięciem
* koła tylne bezobsługowe - "szybko-złączki" (system szybkiego demontażu za pomocą jednego przycisku)
* podwójny system hamowania (dla pacjenta i dla opiekuna)
* hamulec dla pacjenta z regulacja docisku
* stopki dla opiekuna umożliwiające wspomaganie podnoszenia wózka stopa (podjazdy na krawężnik)
* maksymalne obciążenie:114 kg
* koła przednie:bezobsługowe pełne: 18x 4,5cm (7" x 1-3/4")
* koła tylne:bezobsługowe pełne: 61 x 2,5 cm (24"x1")
* podłokietniki:uchylne, obracane
 | 3 |
|  | Wózek pielęgnacyjny toaletowy | Wózek sanitarny z siedziskiem tapicerowanym, dla osób chorym i o obniżonej sprawności ruchowej umożliwiający załatwianie potrzeb fizjologicznych bezpośrednio na wózku. Wymagania: * miękkie, tapicerowane siedzisko wykonane z materiału wodoodpornego PVC, który można łatwo utrzymać w higienicznej czystości,
* miękkie podłokietniki, podnóżki z regulacją wysokości i możliwością wymontowania, jeśli są niewskazane oraz uchwyt do pchania, co ułatwia transport pacjenta.
* Hamulce tylnych kół wózka.
* Maksymalne obciążenie - 100 kg.
* Wózek wykonany ze stali
 | 4 |
|  | Koncentrator tlenu | 5-litrowy koncentrator. Przeznaczony do prowadzenia tlenoterapii w domach, domach opieki, ośrodkach pomocy itd* cicha praca (poniżej 40dB)
* Prosta obsługa
* Minimalne stężenie tlenu 90%
* Możliwość ustawienia przepływu tlenu
* Wizualny i dźwiękowy alarm niskiego poziomu stężenia tlenu
* Możliwość łatwego przemieszczenia (kółka)
* pojemnik nawilżacza
* kaniula nosowa
* przedłużka do kaniuli
* maseczka do podawania tlenu
 | 4 |
|  | Krzesło toaletowe | * zdejmowane siedzisko ;
* siedzisko wykonane z miękkiej i komfortowej pianki pokrytej łatwym w czyszczeniu, wodoodpornym materiałem PVC;
* stalowa rama krzesła pokryta szarą farba epoksydową;
* pojemnik na nieczystości wyjmowany jedynie od góry po podniesieniu siedziska;
* pojemność zbiornika ok. 8 L;
* produkt medyczny, atestowany.
 | 4 |
|  | Drabinka przyłóżkowa | * fluorescencyjne zakończenia szczebelków
* prosta w montażu
* materiał konstrukcji – tworzywo sztuczne
* ilość szczebelków – 4
 | 20 |
|  | Łatwoślizg | Wykonany ze specjalnie powleczonego **nylonu** odpornego na rozciągnięcie oraz na rozdarcia redukujący siłę tarcia.łatwoślizg zszyty w rulon, / podwójny; z funkcją noszy, 220 x 140 cm | 20 |
|  | Podnośnik dla osób leżących | Podnośnik transportowy wyposażony w dwa standardowe ramiona (transportowe i samochodowe), umożliwiające bezpieczne podnoszenie pacjentów ograniczonych ruchowo, na przykład z łóżka, wanny czy z podłogi, a także umieszczanie w fotelu samochodowym, wyposażony w przycisk awaryjny Stop, a także w awaryjne ręczne opuszczanie w dół. **Wyposażenie:**Elektryczne ramię nośnePilot na elastycznym kabluPrzycisk awaryjny StopAwaryjne ręczne opuszczanie w dółMożliwość rozszerzenia przedniej części podstawy nośnejHamulce w kołachSiedzisko uniwersalneUdźwig 120 kg | 5 |
|  | Kule łokciowe | * Otwarta i nieruchoma obejma łokciowa;
* Regulowana odległość obejmy łokciowa od uchwytu pozwalająca na dostosowanie jej do indywidualnych potrzeb użytkownika (w zakresie od 220-290 mm);
* Regulacja wysokości (skokowo) umożliwiająca dopasowanie wysokości uchwytu do wzrostu użytkownika (zakres od 760 do 1010 mm);
* Kula dla użytkowników o wzroście od 155 do 195 cm;
* Konstrukcja kuli z rurek aluminiowych o wysokiej wytrzymałości potwierdzonych testami z certyfikatem do 150 kg;
* Zakończona wysokiej jakości nasadką;
* Produkt medyczny, atestowany
 | 20 |
|  | Laski ortopedyczne | * laska  inwalidzka aluminiowa z regulacją wysokości.
* uchwyt T wykonany z tworzywa.
* laska regulowana za pomocą klipsa, a zakres regulacji wynosi od 72 do 94 cm.
 | 10 |
|  | Inhalator | Inhalator kompresorowy przeznaczony do leczenia przeziębienia i astmy oraz chorób dolnych i górnych dróg oddechowych. * krótki czas inhalacji i duża zawartość cząsteczek respirabilnych.
* Wydajność nebulizacji: Więcej niż 0,20 ml/min
* Ciśnienie: Ok. 1,2 bara
* zestaw akcesoriów ze schowkiem
* zasilanie sieciowe

**Standardowe wyposażenie*** Inhalator wraz zasilaczem
* Ustnik
* Maska na nos
* Maska dla dorosłych
* Maska dla dzieci
* Nebulizator
 | 5 |
| **Planowany zakup sprzętu w ramach Programu integracji społeczności romskiej w Polsce na rok 2019** |
|  | Ciśnieniomierz elektroniczny naramienny | * Całkowicie automatyczny, prosty pomiar na ramieniu za pomocą jednego przycisku
* Funkcja rozpoznawania arytmii serca (IHB)
* Wyświetlacz cyfrowy pokazujący czytelne wyniki
* Technologia DPDA (podwójna detekcja tętna) gwarantująca najdokładniejszy pomiar
* Dokładność: +/- 3 mmHg
* Standardowy mankiet na ramię od 22cm do 33cm obwodu
* Zakres pomiarowy ciśnienia: 0 - 299 mmHg
* Zakres pomiarowy tętna: 40 - 199 uderzeń/minutę
* Zasilanie: 4 baterie "AA" 1,5V lub z zasilacza sieciowego
* zarejestrowane jako urządzenia medyczne
 | 15 |
|  | Apteczka domowa | Apteczka w formie małej saszetki zapinanej na rzep i otwieranej jednym ruchem ręki. szereg przegródek z siatki pozwalających na jej uporządkowanie i swobodny dostęp do zawartości.Zawartość minimum: opaski dziane, gazę jałową, opatrunki wyspowe, koc ratunkowy, rękawiczki, maseczkę do udzielania pierwszej pomocy i instrukcję pierwszej pomocy. | 15 |

1. **Minimalny wymagany okres gwarancji na sprzęt rehabilitacyjny: 24 miesiące.**
2. Oferowany sprzęt musi być fabrycznie nowy bez śladów użytkowania
3. W ramach zaoferowanej ceny wykonawca jest zobowiązany dostarczyć przedmiot zamówienia w miejsce docelowe.
4. Dostawa może być wykonana w dniach od poniedziałku do piątku w godzinach od godziny 07:30 do 14:30 do budynku Dziennego Specjalistycznego Ośrodek Wsparcia przy ul Kołłątaja 64 w Puławach. Dostawa odbędzie się do 30 dni od daty zamówienia.
5. Sprzęt rehabilitacyjny zostanie dostarczony, rozładowany i wniesiony do pomieszczeń wskazanych przez zamawiającego na koszt i ryzyko Wykonawcy. Wykonanie tych czynności warunkuje dokonanie odbioru przez Zamawiającego.
6. Wymagany przez Zamawiającego okres gwarancji i rękojmi wynosi 24 miesiące od daty odbioru. Okres rękojmi i gwarancji rozpoczyna się równocześnie.
7. Udzielona gwarancja i rękojmia obejmuje wszystkie elementy dostarczonego sprzętu wraz z niezbędnym wyposażeniem z wyłączeniem materiałów eksploatacyjnych podlegających zużyciu podczas normalnej eksploatacji.