ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH

19 Kozetka lekarska

Nazwa producenta: .......................................................

Nazwa i typ: .......................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR / WARUNEK WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY – PODAĆ** |
| 1. | Kozetka lekarska z regulacją segmentu zagłówka |  |
| 2. | Regulacja zagłówka mechanizmem zapadkowym |  |
| 3. | Regulowany podgłówek w zakresie min. 0° do 40° |  |
| 4. | Konstrukcja wykonana z kształtowników stalowych pokrytych lakierem  proszkowym odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne i promieniowanie UV |  |
| 5. | Kozetka posiadająca sztywną konstrukcję zapewnioną przez poprzeczki  podłużne i poprzeczne |  |
| 6. | Tapicerowane leże pokryte wodoodpornym, mocowanym bezszwowo  skajem. |  |
| 7. | Możliwość wyboru koloru tapicerki z min 5 kolorów |  |
| 8. | Po leżem uchwyt rolki prześcieradła jednorazowego |  |
| 9. | Szerokość całkowita 550 mm (+/- 20 mm) |  |
| 10. | Długość całkowita 2000 mm (+/- 50 mm) |  |
| 11. | Wysokość całkowita 550 mm (+/- 20 mm) |  |
| 12. | **Pozostałe wymagania** |  |
| 13. | Certyfikat ISO 9001 oraz ISO 13485 dla producenta – dołączyć do oferty |  |
| 14. | Deklaracja zgodności CE wydana przez producenta – dołączyć do oferty |  |
| 15. | Wpis lub zgłoszenie do RWM w Polsce – stosowny dokument dołączyć do  oferty |  |
| 16. | Zapewnienie producenta lub autoryzowanego dystrybutora o  dostępności części zamiennych przez okres minimum 10 lat – informację  dołączyć do oferty |  |
| 17. | Zapewnienie producenta lub autoryzowanego dystrybutora o zapewnieniu serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego – informację dołączyć do oferty |  |

UWAGI:

1. **Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty. Parametry muszą być potwierdzone**

folderami lub karatami katalogowymi oferowanego wyrobu.

1. **Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**
2. **Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.**

…………………………….

Podpis Wykonawcy