# ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH

**27 Niszczarka dokumentów**

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | **PARAMETR / WARUNEK WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY – PODAĆ** |
| 1. | Niszczarka dokumentów |  |
| 2. | Ilość kartek niszczonych jednorazowo (A4/70g) min. 10 |  |
| 3. | Rozmiar cięcia ok. 4x40 mm |  |
| 4. | Technologia zatrzymująca pracę noży tnących w przypadku dotknięcia szczeliny  wejściowej |  |
| 5. | Szerokość szczeliny wejściowej min. 220 mm |  |
| 6. | Pojemność kosza min. 19 litrów |  |
| 7. | Cykl pracy ciągłej / chłodzenia min. 20 minut / 30 minut |  |
| 8. | Start / Stop fotokomórka |  |
| 9. | Funkcja cofania |  |
| 10. | Auto stop przy wyjętym koszu |  |
| 11. | Dioda informująca o zacięciu papieru |  |
| 12. | Zabezpieczenie przed przegrzaniem |  |
| 13. | Wymiary urządzenia:   * szerokość: max. 345 mm, * głębokość: max. 250 mm, * wysokość: max. 475 mm |  |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty. Parametry muszą być potwierdzone folderami

lub karatami katalogowymi oferowanego wyrobu.

# 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.

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**