ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH

13 Fotelik lekarski regulowany hydraulicznie

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR / WARUNEK WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY – PODAĆ** |
| 1. | Taboret dla personelu medycznego do pomieszczeń szpitalnych |  |
| 2. | Konstrukcja taboretu wykonana ze stali nierdzewnej OH18N9 |  |
| 3. | Siedzisko tapicerowane z regulacją wysokości |  |
| 4. | Siedzisko o średnicy 350 mm (+/- 20 mm) wykonane ze spienionego poliuretanu |  |
| 5. | Regulacja wysokości realizowana pompą hydrauliczną przy pomocy  dźwigni nożnej |  |
| 6. | Zakres regulacji wysokości min od 440 do 600 mm |  |
| 7. | Oparcie pleców posiadające regulację wysokości i możliwość jego odjęcia |  |
| 8. | Oparcie pleców wykonane ze spienionego poliuretanu |  |
| 9. | Pięcioramienna podstawa o średnicy max 560 mm |  |
| 10. | Koła o średnicy min 50 mm, z których co najmniej 2 z blokadą |  |
| 11. | **Pozostałe wymagania** |  |
| 12. | Zapewnienie producenta lub autoryzowanego dystrybutora o  dostępności części zamiennych przez okres minimum 10 lat – informację  dołączyć do oferty |  |
| 13. | 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.

1. **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