ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH

Stolik typ Mayo

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR / WARUNEK WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY – PODAĆ** |
| 1. | Wózek zabiegowy wykorzystywany do przetrzymywania instrumentarium  w czasie wykonywania badań i zabiegów |  |
| 2. | Stolik wykonany w całości ze stali nierdzewnej OH18N9 |  |
| 3. | Wózek łatwy do mycia i odporny na dezynfekcję szpitalną |  |
| 4. | Regulacja wysokości uzyskiwana ręcznie, poprzez wysuwaną kolumnę |  |
| 5. | Zakres regulacji wysokości min. od 950 do 1350 mm |  |
| 6. | Blat roboczy z wgłębieniem ograniczającym wypadanie przedmiotów o  wymiarach ok. 600 x 400 mm |  |
| 7. | Blat z możliwością obrotu o 360° |  |
| 8. | Podstawa stabilna w kształcie litery T wykonana z prostokątnych profili z trzema kołami z blokadą |  |
| 9. | Koła o średnicy min. 50 mm z blokadą |  |

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