ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH

12 Chłodziarka wolnostojąca

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR / WARUNEK WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY – PODAĆ** |
| 1. | Chłodziarka wolnostojąca |  |
| 2. | Wysokość min 160cm |  |
| 3. | Zamrażalnik dolny |  |
| 4. | Pojemność chłodziarki min. 180l |  |
| 5. | Sterowanie mechaniczne lub elektroniczne |  |

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