ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH

14 Fotelik masażysty

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR / WARUNEK WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY – PODAĆ** |
| 1. | Ergonomiczny taboret-siodło z oparciem i zaawansowaną regulacją  siedziska i oparcia |  |
| 2. | Profilowane siedzisko w kształcie siodła z regulacją przód-tył |  |
| 3. | Metalowa pięcioramienna podstawa z kółkami |  |
| 4. | Wygodne oparcie z regulacją przód-tył |  |
| 5. | Ergonomiczna regulacja wysokości |  |
| 6. | Średnica siedziska: 40 cm |  |
| 7. | Średnica podstawy: 62 cm |  |
| 8. | Grubość pianki siedziska: 4.5 cm |  |
| 9. | Wysokość (regulowana): 52 – 72 cm |  |
| 10. | Dopuszczalne obciążenie: 120 kg |  |
| 11. | Tapicerka zmywalna |  |

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