|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje**(wartości minimalne wymagane) | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| **Stolik przyłóżkowy – 2 szt.**Oferowany model: …………………………………………………………Producent: …………………………………………………………Rok produkcji ………………………………………………………… |
|  | Stelaż i podstawa stalowe lakierowane proszkowo na kolor biały | TAK, podać |  |
|  | Podstawa wyposażona w koła w obudowie z tworzywa sztucznego o śr. 75 mm, w tym dwa z blokadą | TAK, podać |  |
|  | Blat z tworzywa ABS w kolorze białym lub szarym, z pogłębieniem | TAK, podać |  |
|  | Ręczna regulacja wysokości blatu: 850-1300mm (+/-10%) | TAK, podać |  |
|  | Wymiary blat 730x410 mm (+/-10%) | TAK, podać |  |
|  | Wymiary podstawy 730x430 mm (+/-10%) | TAK, podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje**(wartości minimalne wymagane) | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| **Parawan 3-skrzydłowy – 7 szt.**Oferowany model: …………………………………………………………Producent: …………………………………………………………Rok produkcji ………………………………………………………… |
|  | Stelaż z profilu aluminiowego, lakierowanego proszkowo na kolor biały | TAK, podać |  |
|  | Wyposażony w koła w obudowie stalowej ocynkowanej o średnicy 50 mm, w tym dwa z blokadą | TAK, podać |  |
|  | Wypełnienie stanowi zasłonka z materiału - poliester z wodoodporną powłoką, kolor do wyboru przez Zamawiającego na etapie dostawy wyposażenia | TAK, podać |  |
|  | Wymiary: 3 x700x1700 mm (+/-10%) | TAK, podać |  |
|  | Szerokość podstawy: 450 mm (+/-10%) | TAK, podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Wymagane parametry i funkcje****(wartości minimalne wymagane)** | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
|  | **Wymagania techniczne – dotyczy wszystkich powyższych urządzeń** |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona wraz z urządzeniem. /dotyczy sprzętu medycznego/ | TAK, podać |  |
|  | Obsługa urządzenia w języku polskim/jeśli dotyczy/ | TAK, podać |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące od dnia instalacji potwierdzonej protokołem uruchomienia i przekazania urządzenia w terminie uwzględniającym godziny pracy operatorów urządzenia zatrudnianych przez Zamawiającego | TAK, podać |  |
|  | Czas reakcji serwisu od powiadomienia do rozpoczęcia naprawy max. 48 godz. /dotyczy sprzętu medycznego/ | TAK, podać |  |
|  | Czas oczekiwania na skuteczne usunięcie uszkodzenia /dotyczy sprzętu medycznego/:a. nie wymagającej importu części nie dłużej niż 2 dni robocze /dotyczy sprzętu medycznego/b. wymagającej importu części nie dłużej niż 10 dni roboczych. /dotyczy sprzętu medycznego/ | TAK, podać |  |
|  | Wykonawca dostarczy, zainstaluje i uruchomi, a także przeprowadzi szkolenie z zakresu obsługi w cenie oferty w terminie określonym datą wskazaną przez Zamawiającego po wcześniejszym jej uzgodnieniu, z co najmniej tygodniowym wyprzedzeniem | TAK, podać |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do uzupełnienia paszportu technicznego urządzenia zgodnie z danymi oznaczonymi przez Wytwórcę | TAK, podać |  |
|  | Serwis pogwarancyjny, dostępność części zamiennych – min. 10 lat od daty sprzedaży /dotyczy sprzętu medycznego | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie wykonane w technologii energooszczędnej – urządzenie energooszczędne / jeśli dotyczy/  | TAK, podać |  |

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – niespełnienie nawet jednego
z w/w parametrów spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji.

 …………………………………..

 Podpis osoby uprawnionej do

 reprezentowania Wykonawcy