Załącznik nr 2 do SIWZ

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Pakiet nr 7

**Fotel do pobierania krwi – 2 sztuki**

Nazwa Producenta ………………………………

Nazwa/Model/Typ Wyposażenia ………………………………

Kraj pochodzenia ………………………………

| Lp. | Parametry techniczne i funkcje | Parametry wymagane (TAK) i oceniane (TAK/NIE) | Odpowiedź WykonawcyTAK / NIEOpisoferowanych parametrów |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Konstrukcja fotela z profili stalowych malowanych farbą proszkową | Tak, podać |  |
|  | Siedzisko i oparcie tapicerowane pianką oraz skajem odporne na działanie środków dezynfekujących | Tak, podać |  |
|  | Możliwość wyboru koloru oparcia i siedziska – nie mniej niż 3 kolory do wyboru | Tak, podać |  |
|  | Fotel wyposażony w dwa podłokietniki z regulacją wysokości | Tak, podać |  |
|  | Fotel wyposażony w obrotowy stoliczek ze szklanym blatem | Tak, podać |  |
|  | Możliwość pobierania krwi pacjentom z prawej oraz z lewej ręki | Tak, podać |  |
|  | Wymiary:Długość -1200mm, Szerokość 570mm, Wysokość 820mm(+/- 30 mm) dla każdego wymiaru | Tak, podać |  |
|  | Deklaracja CE | Tak, podać |  |

UWAGI:

1. W kolumnie „Parametry wymagane i oceniane” w zakresie:

- Parametrów wymaganych umieszczono „TAK, podać/opisać” wpisanie odpowiedzi NIE lub pozostawienie pola pustego czyli brak odpowiedzi oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów, a oferta Wykonawcy podlegać będzie odrzuceniu.

1. Do dostawy Wykonawca jest zobowiązany dołączyć wszystkie akcesoria potrzebne do sprawdzenia wszystkich wymaganych przez Zamawiającego funkcji.
* Oświadczamy, iż zaoferowany przedmiot zamówienia spełnia warunki opisane w specyfikacji istotnych warunków zamówienia (SIWZ) oraz posiada parametry opisane w Opisie Przedmiotu Zamówienia.
* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny, fabrycznie nowy z min. 2020 roku i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.
* Oświadczamy, iż zapewniamy w swoim zakresie opiekę serwisową w okresie trwania gwarancji,

........................................................................

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

