**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Pakiet nr 14 - Stolik zabiegowy dla Pracowni PET/CT (1 sztuka)**

Nazwa Producenta …………………………

Nazwa/Typ/Model Urządzenia …………………………

Kraj pochodzenia …………………………

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/**  **Odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Stolik zabiegowy typu szafka o funkcji pomocnika, fabrycznie nowy, nie powystawowy, rok produkcji nie wcześniejszy niż 2018 r., gotowy do użytkowana bez dodatkowych zakupów i inwestycji. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Stolik (szafka) wykonana z kątownika zamkniętego o okrągłym lub owalnym przekroju.  Rama (szkielet) spawana lub nitowana w całości wykonana z metalu malowanego proszkowo. Kolor biały.  Zapewniająca stabilność stolika. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Blat górny i dwie półki prostokątne, drewniane lub z płyty laminowanej umożliwiające mycie i dezynfekcję.  Podblatowa szuflada typu pojemnik wysuwana. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Uchwyty boczne do przesuwania szafki umiejscowione powyżej blatu. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Stolik na czterech kółkach z białego tworzywa, gumy lub innego materiału nie pozostawiającego zabrudzeń. Obrót kół 360 stopni. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Wymiary:  - wysokość: 84 ÷ 90 cm,  - szerokość (blat, szyflada, półka): 35 cm x 45 (+/- 5 cm). | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | **Dokumentacja produktu:**   * Atest PZH * Deklaracja zgodności z normami lub wpis do rejestru wyrobów medycznych - jeżeli dotyczy * Informacja o sposobie dezynfekcji i środkach, jakie należy stosować do mycia wyposażenia – przy dostawie | TAK | TAK/NIE\* |
|  | **SERWIS, GWARANCJA:**  Serwis gwarancyjny realizowany przez autoryzowany serwis producenta lub przez pracownika posiadającego uprawnienia nadane przez producenta do wykonywania napraw. | TAK | TAK/NIE\* |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

**UWAGI:** W kolumnie „Odpowiedź Wykonawcy” w pozycjach TAK/NIE\* zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów.

* 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 i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji;
* Oświadczamy iż dostarczymy na swój koszt materiały potrzebne do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo;
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

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

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Pakiet nr 14 - Stolik zabiegowy dla Pracowni PET/CT (1 sztuka)**

*Zdjęcie poglądowe*

