#### PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

**I . OKREŚLENIE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Bariatryczny stół do rehabilitacji i masażu 2-częściowy – 2 szt.**

**----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**II . Część do wypełnienia przez przystępującego do postępowania:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | Nazwa urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **2** | Typ urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **3** | Producent |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **4** | Rok produkcji nie wcześniej niż 2022. Urządzenie fabrycznie nowe nie rekondycjonowane. |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **5** | Rok wprowadzenia urządzenia do seryjnej produkcji |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **6** | Kraj pochodzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |

**7. Warunki gwarancji i serwisu wymagane przez użytkownika**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | | **WARTOŚĆ OFEROWANA**  **( podać, opisać )** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. | *TAK (wpisać pełne dane kontaktowe adres i techniczne środki łączności, nr tel., faxu, e-mail. )* | |  |
| 2 | Długość udzielanej gwarancji: minimum **24 miesiące** (*podać ilość miesięcy*) | *TAK* | |  |
|  |  |  |  | *Wpisać* |

**8. Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **Parametry graniczne** | Parametry oferowane  ( podać, opisać ).  Należy szczegółowo opisać każdy oferowany parametr urządzenia/sprzętu |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sterowanie: pilot ręczny | TAK |  |
|  | Szerokość leża: między 60-80 cm | TAK |  |
|  | Otwór z zatyczką w zagłówku | TAK |  |
|  | Podłokietniki w zagłówku: bez podłokietników | TAK |  |
|  | Wieszak na podkłady: z wieszakiem | TAK |  |
|  | Udźwig maksymalny: do 350 kg | TAK |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości siłownikiem o dużej mocy | TAK |  |
|  | 2-częściowe leże | TAK |  |
|  | Łożyskowany mechanizm zmiany wysokości | TAK |  |
|  | Zaokrąglone narożniki leża | TAK |  |
|  | Leże wypełnione elastyczną pianką | TAK |  |
|  | Tapicerka bezszwowa, kolor do wyboru | TAK |  |
|  | Zagłówek regulowany sprężyną gazową w zakresie -70 stopni do +45 stopni | TAK |  |
|  | 4 nogi ze stopkami pozwalającymi na poziomowanie stołu | TAK |  |

**UWAGA!**

Dla uznania oferty za ważną Wykonawca winien zaoferować sprzęt spełniający wszystkie wymagane parametry graniczne.

W tabelce „Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika”, kolumna – parametry oferowane – należy szczegółowo opisać każdy oferowany parametr sprzętu.

Wykonawca jest zobowiązany do dostarczenia sprzętu o zaoferowanej w niniejszej specyfikacji konfiguracji i parametrach.

Oświadczenie Wykonawcy:

Oświadczam, że oferowany sprzęt jest kompletny i będzie po dostarczeniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.

**Wypełniony i podpisany załącznik należy załączyć do oferty.**

Podpis Wykonawcy: ..........................................