**EZ/ZP/81/2021/ESŁ**

Załącznik nr 2.4 do Zaproszenia

(Załącznik nr 1 do umowy)

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**(Wymagane parametry techniczno-funkcjonalne)**

**PAKIET NR 4**

**Leżanka - kozetka medyczna podwyższona – 1 szt.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wykonawca/Producent** | |  | | |
| **Nazwa-model/typ** | |  | | |
| **Kraj pochodzenia** | |  | | |
| **Rok produkcji min. 2021 r.** | | | | |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych**  **parametrów technicznych** | | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1. | Konstrukcja metalowa malowana na biało | | Tak |  |
| 2. | Uchwyt na prześcieradło jednorazowe | | Tak |  |
| 3. | Regulacja wezgłowia – kąt nachylenia ± 40° | | Tak, podać |  |
| 4. | Długość: 1880 mm  Szerokość: 550 mm  Wysokość: 810 mm | | Tak, podać |  |
| 5. | Dopuszczalne obciążenie: 180 kg | | Tak, podać |  |
| 6. | Obszycie materiałem skóropodobnym, zmywalnym w kolorze fioletowym lub pomarańczowym | | Tak |  |
| 7. | Wyrób przeznaczony do stosowania w jednostkach służby zdrowia, posiadający znak CE | | Tak |  |
| 8. | Gwarancja: 24 miesiące  (licząc od terminu określonego w §7 pkt 1 wzoru umowy) | | Tak |  |
| 9. | Karta gwarancyjna (załączyć przy dostawie) | | Tak |  |
| 10. | Instrukcja obsługi w języku polskim (załączyć  przy dostawie) | | Tak |  |

Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju prowadzi ………………..………………….......

*(uzupełnić)*

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

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane, urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.

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

Wykonawca