**Załącznik nr 2**

**Pakiet II. Stół zabiegowy do endoskopii – 3 szt.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………..**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2020**

**Do oferty należy załączyć materiały w języku polskim potwierdzające spełnienie poniższych wymagań – z zaznaczeniem w tabeli nr strony na której jest potwierdzony dany parametr, w załączonych materiałach należy zakreślić właściwy fragment i wpisać którego punktu dotyczy.**

Odpowiedź NIE w kolumnie „parametr wymagany” ” lub „parametr oferowany” spowoduje odrzucenie oferty

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | PARAMETRY TECHNICZNE | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETR OFEROWANY (podać nr strony w materiałach informacyjnych) |
| **A.** | **PARAMETRY OGÓLNE** | |  |
|  | Stół diagnostyczno - zabiegowy do endoskopii | TAK, podać |  |
|  | dwu częściowe tapicerowane leże | TAK, podać |  |
|  | Poszczególne części blatu regulowane poprzez sprężyny gazowe | TAK, podać |  |
|  | Regulacja kąta podgłówka minimum -700 do 400, | TAK, podać |  |
|  | Wysokość regulowana w zakresie min. 48 - 100 cm | TAK, podać |  |
|  | Długość 200 cm, | TAK, podać |  |
|  | Szerokość leża min 80 cm | TAK, podać |  |
|  | System kółek jezdnych | TAK, podać |  |
|  | Wieszak na papier | TAK, podać |  |
|  | Barierki boczne | TAK, podać |  |
|  | pilot ręczny + pilot nożny, | TAK, podać |  |
|  | Nośność min 150kg | TAK, podać |  |
|  | Tapicerka dostępna w różnych kolorach do wyboru przed dostawą | TAK, podać dostępne |  |
|  | Stół odporny na stosowanie środków myjąco-dezynfekujących | TAK, podać zalecane |  |
| **B.** | **INNE** |  |  |
| 1 | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą |  |
| 2 | Czy producent zaleca wykonywanie przeglądów technicznych?  Jeżeli TAK podać częstotliwość wykonania przeglądów technicznych zalecanych przez producenta | TAK/NIE[[1]](#footnote-1)  Podać jeśli zalecane |  |

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

………...............................................................................

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo

1. Odpowiedź NIE - nie powoduje odrzucenia oferty [↑](#footnote-ref-1)