|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Przenośnik do przesuwania pacjenta** | | | |
| **Nazwa** | |  | |
| **Typ** | |  | |
| **Wytwórca** | |  | |
| **Kraj pochodzenia** | |  | |
| **Rok produkcji: 2019** | |  | |
| **Lp.** | **OPIS** | | **PARAMETRY OFEROWANE**  **(wypełnia wykonawca)** |
|  | Urządzenie pomocnicze służące do zmiany położenia pacjenta. | |  |
|  | Urządzenie w postaci rolek . | |  |
|  | Wymiary min. 1000 x 390 mm. | |  |
|  | Gwarancja min. 24 m-cy | |  |

……………………………………………………………….

miejscowość, data

……………………………………………………………………

podpis i pieczęć wykonawcy