***Załącznik nr 2a – formularz ofertowy techniczny***

*Dotyczy: postępowania na Zakup wyposażenia dla Oddziału Zakaźnego oraz Psychiatrycznego do zadania pn. „Przebudowa i rozbudowa budynku Oddziału Zakaźnego w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie" – znak ZP/2501/26/23*

***Numer pozycji/części: P.80.***

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW GRANICZNYCH (ODCINAJĄCYCH)**

Przedmiot przetargu: **Młoteczek neurologiczny – szt. 1**

Producent/Firma: ……………………………………………………………………………………………………………….……………………

Urządzenie nazwa typ: ................................................... Rok produkcji: ..............................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry, właściwości, funkcje i inne wymagania wobec urządzenia** | **Wymóg /wartość graniczna** | **Wymagany opis**  **spełnienia wymogu** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2023 | Tak |  |
|  | Młoteczek neurologiczny | Tak |  |
|  | Wysokiej jakości wykończenie, chromowany | Tak |  |
|  | W zestawie z igłą i pędzelkiem, chowanych w rączce | Tak |  |
|  | Długość rączki 18 cm | Tak |  |
| **Inne wymagania** | | | |
|  | Certyfikaty dopuszczenia do stosowania w medycynie: polskie oraz międzynarodowe | Tak |  |
| **Warunki gwarancji i serwisu** | | | |
|  | Okres gwarancji min.12 miesięcy. | Tak |  |

|  |
| --- |
| Data; kwalifikowany podpis elektroniczny |
|  |