***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.112.***

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW GRANICZNYCH (ODCINAJĄCYCH)**

Przedmiot przetargu: **Wózki zabiegowe z koszami na odpady – szt. 3**

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 nie starszy niż 2022 | Tak |  |
|  | Wózek zabiegowy medyczny | Tak |  |
|  | Konstrukcja wózka stalowa, malowana farbą proszkową | Tak |  |
|  | Blat roboczy z tworzywa ABS z uniesionymi brzegami z trzech stron | Tak |  |
|  | Minimum trzy wysuwane na prowadnicach szuflady | Tak |  |
|  | Uchwyt do przetaczania wózka | Tak |  |
|  | Szyna sprzętowa | Tak |  |
|  | Kosz na odpady- 2 szt. | Tak |  |
|  | Cztery koła jezdne, w tym dwa z blokadą | Tak |  |
|  | Nad kołami krążki odbojowe | Tak |  |
|  | Wymiary wózka:  - szerokość 600-650 mm,  - głębokość 520-550 mm,  - wysokość 1000 mm (do blatu | Tak |  |
|  | Wózek zabiegowy medyczny | Tak |  |
| **Inne wymagania** | | | |
|  | Dostawa w cenie urządzenia | Tak |  |
|  | Certyfikaty dopuszczenia do stosowania w medycynie: polskie oraz międzynarodowe | Tak |  |
|  | Autoryzowany serwis na terenie Polski z dostępem do oryginalnych części zamiennych od producenta | Tak |  |
| **Warunki gwarancji i serwisu** | | | |
|  | Okres gwarancji min.24 miesiące. | Tak |  |
|  | Maksymalnie 3 naprawy gwarancyjne tego samego elementu lub podzespołu - konieczność wykonania kolejnej naprawy uprawnia do wymiany elementu lub podzespołu na nowy. | Tak |  |
|  | Zapewniony serwis pogwarancyjny | Tak |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych minimum 10 lat | Tak |  |

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