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

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW GRANICZNYCH (ODCINAJĄCYCH)**

Przedmiot przetargu: **Wózek transportowy – szt. 2**

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 |  |
|  | Stolik zabiegowy medyczny na kółkach | | Tak |  |
|  | Wykonany w całości ze stali kwasoodpornej gat. 0H18N9 | | Tak |  |
|  | Dwa blatyz pogłębieniem zabezpieczającym przedmioty przed zsunięciem się | | Tak |  |
|  | Wymiary powierzchni roboczej blatów: 50-55 cm x 100-110 cm | | Tak |  |
|  | Uchwyty do przetaczania stolika umieszczone po obu stronach stolika przy krótszych bokach | | Tak |  |
|  | Wysokość stolika: 90 cm | | Tak |  |
|  | Kółka o średnicy 100 mm. | | Tak |  |
|  | Minimum dwa kółka z blokadą | | Tak |  |
| **Inne wymagania** | | | | |
|  | Certyfikaty dopuszczenia do stosowania w medycynie: polskie oraz międzynarodowe | | Tak |  |
|  | Dostawa w cenie urządzenia | | 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 i podpis |
|  |