## Załącznik nr 2

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na dostawę Fotela ginekologicznego, znak sprawy: ATZ\_AK\_2M11\_2014\_EL\_6787\_2014
oferujemy dostawę fabrycznie nowego, nieużywanego urządzenia spełniającej poniższe wymagania:

**Fotel ginekologiczny ,** liczba szt.: 1 szt. ***(wniosek 2014/EL/6787)***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | Opis parametrów wymaganych | **Parametry techniczne wymagane** | Parametry techniczne oferowane |
|  | Producent (marka) …………………………………………………………………………………... model……………………………………………rok produkcji………….. (nie wcześniej niż 2014) |
|  | Konstrukcja wykonana z kształtowników stalowych pokrytych lakierem proszkowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV | Wymagany | …………… *Tak/Nie* |
|  | Regulacja segmentu oparcia pleców  | dokonywana ręcznie za pomocą sprężyn gazowych z blokadą (regulacja płynna)  | ………… *Należy podać* |
| minimum w zakresie od 0 do 650  | ………… *Należy podać* |
|  | Pozycja Trendelenburga  | dokonywana ręcznie za pomocą sprężyn gazowych z blokadą (regulacja płynna) | ………… *Należy podać* |
|  minimum w zakresie od 0 do 300  | ………… *Należy podać* |
|  | Segmenty fotela:-tapicerowane bezszwowo,-pokryte tkaniną zmywalną | Wymagany | …………… *Tak/Nie* |
|  | Segment oparcia pleców wyposażony w uchwyt na prześcieradło jednorazowe | wymagany | …………… *Tak/Nie* |
|  | Wyposażenie dostarczone razem z dostawą minimum:  | Podkolanniki – 2 szt.Uchwyty ręki – 2 szt.Pojemnik ze stali nierdzewnej – 1 szt..Zaciski mocujące – 2 szt.. | ………… *Należy podać* |
|  | Z boku fotela nierdzewne szyny do mocowania wyposażenia dodatkowego | Wymagane | …………… *Tak/Nie* |
|  | Zintegrowany jednostopniowy, antypoślizgowy podnóżek składany na ramę fotela | Wymagany | …………… *Tak/Nie* |
|  | Wysuwana miska ze stali nierdzewnej | Wymagany | …………… *Tak/Nie* |
|  | Szerokość całkowita | 640 mm (+/- 20 mm)  | ………… *Należy podać* |
|  | Szerokość siedziska | 590 mm (+/- 20 mm) | ………… *Należy podać* |
|  | Długość | 1260 mm (+/- 20 mm) | ………… *Należy podać* |
|  | Wysokość | 910 mm (+/- 20 mm) | ………… *Należy podać* |
|  | Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE | Wymagany  | …………… *Tak/Nie* |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim przy dostawie urządzenia | Wymagany | …………… *Tak/Nie* |
|  | Gwarancja | Minimum 12 miesięcy | ………… *Należy podać* |

***Przyjmujemy do wiadomości, że niewypełnienie pozycji określonych w kolumnie 4 lub udzielenie odpowiedzi negatywnej ,,NIE’’ spowoduje odrzucenie oferty, o ile z treści innych dokumentów stanowiących załączniki do oferty nie będzie wynikało, iż oferowane urządzenia spełniają wymagania określone w ww. tabeli.***

.............................., dn........................ ........................................................

(***podpis przedstawiciela Wykonawcy)***

Możliwość wyboru koloru obić tapicerowanych - po podpisaniu umowy (minimum 10 kolorów)