**Załącznik nr 1. 4 do SIWZ – Formularz Szczegółowy Oferty**

**Oznaczenie postępowania: DA-ZP-252-19/17**

**Pakiet nr 4**

**Przewijak z promiennikiem niski (ogrzewaczem noworodkowym)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Opis** |  |
| 1. | Wytwórca |  |
| 2. | Nazwa – model/typ |  |
| 3. | Kraj pochodzenia |  |
| 4. | Rok produkcji 2016/2017 |  |

**Część A: ZESTAWIENIE GRANICZNYCH PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowany\***(podać nr strony w załączonych materiałach informacyjnych potwierdzających spełnienie parametru) |
| 1. | Stolik wysokości do 90 cm, o konstrukcji stalowej zabezpieczonej wymalowaniem- lakierowanym proszkowo, blat stolika stalowy zabezpieczony jak wyżej i wyposażony w materac tapicerowany, blat wyposażony w bandy z trzech stron.  |  |
| 2. | Przewijak wyposażony w szafkę zamykaną drzwiczkami oraz minimum trzy szuflady oraz szufladę do ustawienia wagi, przewijak wyposażyć w promiennik. |  |
| 3. | Fronty w kolorze RAL |  |

\*należy podać oferowany parametr

Wykonawca oświadcza, że oferowany powyżej wyspecjalizowany sprzęt medyczny i wszystkie jego podzespoły są fabrycznie nowe, nie używane, nie były przedmiotem wystaw i prezentacji, a po dostarczeniu i zamontowaniu przez Wykonawcę będą gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów i dostaw.

W przypadku pojedynczych parametrów, nie występujących w materiałach firmowych, Zamawiający dopuszcza oświadczenie producenta ***lub autoryzowanego dystrybutora oferowanego urządzenia*.**

Zamawiający zastrzega sobie prawo weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta sprzętu.

**Część B: FORMULARZ CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa sprzętu** | **Ilość** | **Cena jednostkowa** | **Wartość** | **VAT** |
| **netto** | **brutto** | **netto** | **brutto** | **%** |
| 1. | Przewijak z promiennikiem niski (ogrzewaczem noworodkowym) | 1 szt |  |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

 dnia

 */podpis i pieczątka upoważnionego*

 *przedstawiciela* /