**Załącznik nr 1.1 do siwz – Formularz Szczegółowy Oferty**

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

**Pakiet nr 1**

**Wózek medyczny z dodatkowym wyposażeniem**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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. | Blat roboczy z bandą ograniczającą z trzech stron wykonaną ze stali kwasoodpornej, minimum pięć szuflad z półką nadblatową. |  |
| 2. | Wyposażony w uchwyt do prowadzenia wózka. |  |
|  | Wyposażenie dodatkowe: * uchwyt z pojemnikiem na zużyte igły ,
* minimum dwie szyny umożliwiające montaż sprzętu dodatkowego
* uchylne pojemniki na leki i dodatkowy sprzęt,
* wyposażony w nadstawkę z pojemnikami oraz wieszakiem na płyny infuzyjne a także maszt z możliwością montażu monitora,
* uchwyt umożliwiający bezpieczny montaż worka na odpady oraz pojemnika na zużyte igły.
 |  |
| 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. | Wózek medyczny z dodatkowym wyposażeniem | 3 szt |  |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

 dnia

 */podpis i pieczątka upoważnionego*

 *przedstawiciela* /