

## Pakiet nr 11

## Inhalator pneumatyczny manosoniczny - 1 szt

Lp.	Opis	
1.	Wytwórca	
2.	Nazwa – model/typ	
3.	Kraj pochodzenia	
4.	Rok produkcji 2017	

\*należy wypełnić

## A. ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH

Lp.	Parametry wymagane	Parametry oferowane*
1.	Inhalator pneumatyczny z wibroaerozolem i nadciśnieniem	
2.	Przeznaczenie: leczenie chorób ucha środkowego, leczenie chorób trąbki Eustachiusza, leczenie upośledzonej drożności trąbki słuchowej, leczenie zatok przynosowych	
3.	Inhalacja leków wziewnych	
4.	Możliwość rozpylania wszystkich rodzajów	
5.	Możliwość wytwarzania wibroaerozłu	
6.	Podawanie leku pod nadciśnieniem	
7.	Średnica większości wytwarzanych cząstek: 2,2µm	
8.	Wydajność aerozolu: 0,2 ml/min	
9.	Pojemność nebulizatora: (3-12)ml	
10.	Tryb pracy: praca ciągła	
11.	Zasilanie: AC 230V, 50Hz	
12.	Wymiary max.: (33x25x20) cm	
13.	Wyposażenie: przewód powietrza, przewód vibracji, nebulizator, 8 szt końcówek nosowych (1-mała, 5-średnich, 2-duże)	

\*należy wypełnić

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.

Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszej tabelce.

**Zaofertowane powyżej parametry wymagane muszą być potwierdzone w dołączonych do ofert materiałach informacyjnych producenta lub autoryzowanego dystrybutora oferowanego urządzenia.**

**Brak potwierdzenie któregokolwiek z parametru spowoduje odrzucenie oferty.**

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	
I.	Inhalator pneumatyczny manosoniczny	1 szt					
<b>RAZEM:</b>							

..... dnia .....

*/podpis i pieczętka upoważnionego  
przedstawiciela /*