

Załącznik nr 1.8 do SIWZ – Formularz Szczegółowy Oferty (DA-ZP-252-46/17)

Pakiet nr 8

Fotel okulistyczno-laryngologiczny - 1 szt.

A. ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH

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

***należy wypełnić**

L.p.	Parametry wymagane	Parametry oferowane*
1.	Fotel okulistyczno-laryngologiczny na chromowanej podstawie stożkowej.	
2.	Możliwość uzyskanie pozycji leżącej.	
3.	Regulacja wysokości hydrauliczna w zakresie: 55-70 cm	
4.	Regulacja oparcia pleców i części nożnej odbywa się za pomocą sprężyn gazowych.	
5.	- wysokość całkowita 125 - 145 cm	
6.	- szerokość całkowita 60cm	
7.	- długość 66 cm	
8.	- głębokość siedziska 50cm	
9.	- wysokość siedziska 55 -70 cm	
10.	- kąt wychylenia oparcia 90°	
11.	Obciążenie: waga pacjenta: 110 kg, dopuszczalne: 125 kg	
	WYPOSAŻENIE:	
12.	- trzy segmentowe leże	
13.	- wielopozycyjny podgłówek	
14.	- regulacja wysokości hydrauliczna	
15.	- regulacja części nożnej sprężyną gazową	

16.	- regulacja oparcia sprężyną gazową	
-----	-------------------------------------	--

***należy wypełnić**

Wykonawca oświadcza, że oferowane powyżej wyposażenie jest fabrycznie nowe, nie używane, nie było przedmiotem wystaw i prezentacji, a po dostarczeniu 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.

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

Brak potwierdzenie któregośkolwiek 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 wyrobu.

Część B: FORMULARZ CENOWY

Lp.	Nazwa sprzętu	Ilość	Cena jednostkowa		Wartość		VAT
			netto	brutto	netto	brutto	
I.	Fotel okulistyczno-laryngologiczny	1 szt					
RAZEM:							

..... dnia

/podpis i pieczętka upoważnionego przedstawiciela /