**SP ZOZ/DZ/9/2019**

**Załącznik nr 3 do SIWZ**

**PAKIET NR V**

**SPECYFIKACJA TECHNICZNA**

**FOTEL DO POBIERANIA KRWI – 3 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia:...................................................................

Nazwa producenta: ...................................................................

Kraj produkcji: ...................................................................

Rok produkcji: …………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p | Wymagane warunki i parametry | Wymóg | Oferowane warunki i parametry |
| I. | PARAMETRY OGÓLNE |  |  |
| 1 | Fotel przeznaczony jest do ułatwienia przeprowadzenia zabiegu wkłucia na prawym lub lewym przedramieniu w celu pobierania krwi, zakładania wenflonów, wykonywania testów skórnych, szczepień oraz innych iniekcji. | TAK |  |
| 2 | Całkowita szerokość: 80cm (±2cm)  | TAK, podać |  |
| 3 | Całkowita długość: 78cm (±2cm)  | TAK, podać |  |
| 4 | Szerokość podstawy: 65cm (±2cm)  | TAK, podać |  |
| 5 | Długość podstawy: 73cm (±2cm)  | TAK, podać |  |
| 6 | Całkowita wysokość,: 112 cm /128cm (±2cm)  | TAK, podać |  |
| 7 | Dopuszczalne obciążenie:120 kg (±2kg)  | TAK, podać |  |
| 8 | Dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie UE i Polski zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20 05 2010 Dz U z 2010 nr 107 poz. 679  | TAK |  |

Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca – wypełniając ten załącznik – oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany asortyment.

Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treści – stanowi on integralną część oferty – deklarację Wykonawcy co do jej treści, stąd brak tego załącznika, zawierającego treści zgodne z wzorem określonym w specyfikacji istotnych warunków zamówienia, spowoduje odrzucenie oferty.

**Uwaga.**

1. **W rubryce tabeli: ,,wartość oferowana” – wpisać: TAK lub NIE oraz potwierdzić spełnienie warunków przez: złożenie poniżej podpisu i opieczętowanie lub podpisanie się czytelnie – przez uprawnionego przedstawiciela wykonawcy, tj. imię i nazwisko tej osoby.**
2. Brak wypełnienia tej rubryki lub wpisanie ,,NIE spełnia” spowoduje odrzucenie oferty jako nie spełniającej wymaganych warunków.

***Potwierdzam oferowane jw. parametry:***

*…………………………….………… dnia: ……………………..…… .*

 *(miejscowość)*

*.................................................................*

*Uprawniony przedstawiciel wykonawcy –*

 *pieczęć z podpisem lub nazwisko i imię*