Zał. Nr 1.5 do SIWZ.

|  |
| --- |
| Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia / **Oświadczenie Wykonawcy o parametrach / funkcjach posiadanych przez oferowany przedmiot zamówienia** |

Wykonawca zobowiązany jest uzupełnić wszystkie tabele o dane wymagane przez Zamawiającego!!!

**\*UWAGA:** W przypadku, gdy wykonawca nie poda pełnego katalogu wymaganych informacji złożona oferta będzie podlegać odrzuceniu na podstawie art. 89 ust. 1 pkt. 2 ustawy pzp.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Część 5:**  **SYSTEM OPASEK ZACISKOWYCH DO ZABIEGÓW OPERACYJNYCH W NIEDOKRWIENIU** | | | |
| **ILOŚĆ: 1 KPL** | | | |
| **Wypełnia wykonawca:** | | | |
| TYP | MODEL | PRODUCENT | KRAJ POCHODZENIA |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Obligatoryjne minimalne (wymagane) parametry lub funkcje** | **j.m.** | **Ilość** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **TAK/NIE\*** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **I** | **ZASILACZ POJEDYŃCZY DO OPASEK ZACISKOWYCH NA SPRĘŻONE POWIETRZE MEDYCZNE** |  | | |
| 1 | Ciśnienie zasilania 0,5 MPa ± 0,05MPa |  | | TAK / NIE \* |
| 2 | Ciśnienie wyjściowe regulowane≥500 mm Hg | TAK / NIE \* |
| 3 | Pomiar czasu z sygnalizacją ≥90 min. | TAK / NIE \* |
| 4 | Waga ≤2,5 kg | TAK / NIE \* |
| 5 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok prod. 2019 | TAK / NIE \* |
| 6 | Gwarancja : zgodnie z przedłożoną ofertą | TAK / NIE \* |
| 7 | Certyfikat CE | TAK / NIE \* |
| 8 | Instrukcja używania w jęz. polskim | TAK / NIE \* |
| **II** | **OPASKI ZACISKOWE** |  | | |
| 1 | na udo 120x13,5cm - 2szt |  | | TAK / NIE \* |
| 2 | na udo stożkowa 110x11cm - 1szt | TAK / NIE \* |
| 3 | na ramię 62x7 - 1 szt. | TAK / NIE \* |
| 4 | podwójna dziecięca 64x13 - 1 szt. | TAK / NIE \* |
| 5 | podwójna dziecięca 64x13 - 1 szt. | TAK / NIE \* |
| **III** | **OPASKA UCISKOWA dł 5m x 8cm - 2 szt** |  | | TAK / NIE \* |
| **IV** | **MOBILNY WÓZEK DO ZASILACZA** |  | | TAK / NIE \* |
|  | **Pozostałe wymagania:** |  | |  |
| **1** | Produkt posiada wszelkie dopuszczenia do obrotu na terenie RP |  | | TAK / NIE\* |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**UWAGA 1:**

W kolumnie nr 5 tabeli Wykonawca winien zaznaczyć (skreślić) TAK lub NIE. Nie zaznaczenie żadnego z tych słów traktowane będzie jako niespełnienie danego parametru lub funkcji. NIESPEŁNIENIE CHOĆBY JEDNEGO Z PARAMATERÓW LUB FUNKCJI SPOWODUJE ODRZUCENIE OFERTY.

**UWAGA 2:**

W przypadku, gdy wykonawca oferuje rozwiązanie równoważne dla wskazanego w tabeli parametru/funkcji, należy wyraźnie zaznaczyć takie rozwiązanie oraz załączyć dokumenty uwiarygodniające zastosowanie rozwiązań równoważnych

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Miejscowość

…………………………………………….

pieczęć(cie) Wykonawcy(ów)

.................................................................

*imię, nazwisko (pieczęć) i podpis osoby*

*upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*