1. **Pakiet nr 2 – Aparat do mierzenia ciśnienia – 4 szt.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa przedmiotu | J.m. | Ilość | Cena jednostkowa netto | Stawka Vat % | Cena jednostkowa brutto | Wartość netto | Wartość Vat | Wartość brutto |
| Aparat do mierzenia ciśnienia | Szt. | 4 |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

1. **Nazwa urządzenia/model**...................................
2. **Producent**...........................................................
3. **Kraj pochodzenia**................................................
4. **Rok produkcji** **(wyprodukowany nie wcześniej niż w 2017r., fabrycznie nowy)**.........................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne wymagania techniczne/parametry** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  1. | Manometr umieszczony na mankiecie. | Tak |  |
| 2. | Pomiar manualny. | Tak |  |
|  3. | Średnica zegara ø 56 mmm. | Tak |  |
|  4. | Mankiet o rozmiarze od 27 cm do 35 cm. | Tak |  |
| 5. | Skok membrany: 1, 145 mm/300 mmHG. | Tak |  |
| 6. | Podziałka skali: 2 mmHG. | Tak |  |
| 7. | Zakres pomiaru: 0-300 mmHG. | Tak |  |
| **8** | **Zasilanie akumulatorowe z zasilaczem** | **Tak** |  |
|  9. | Instrukcja w języku polskim. | Tak |  |
|  10. | -Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE,-Wpis do Rejestru Wyrobów Medycznych | Tak |  |
|  11. | Okres gwarancji nie mniej niż 2 lata. | Tak |  |
|  12. | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. | Tak/Podać punkty serwisowe |  |

1. Uwaga: TAK – oznacza bezwzględny wymóg, brak żądanej opcji spowoduje odrzucenie oferty**.**
2. Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w nadesłanych na wezwanie Zamawiającego katalogach/folderach/prospektach/informacjach producenta z zakreśleniem danego parametru oraz wskazaniem nr strony oferty w tabeli parametrów.
3. Wymienione dokumenty muszą być przedstawione w języku polskim.
4. Oświadczam/y, że oferowany sprzęt jest kompletny i będzie po dostarczeniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.
5. Data ........................................... ......................................................
6. (podpis osoby uprawnionej
7. do reprezentowania Wykonawcy)