**Załącznik nr 1.14. do SWZ**

PARAMETRY TECHNICZNE OFEROWANEGO SPRZĘTU

**CZĘŚĆ NR 14 – NERKA MEDYCZNA w ilości 6 kpl.**

**Nazwa i typ/model oferowanych: …………………………………………………………….**

**Producent: ……………………………………………………………………………………...**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry techniczne** | **Parametry graniczne (wymagane)** | **Podać/ opisać parametry oferowanego sprzętu** |
| 1. | Nerka przeznaczona do przenoszenia **sprzętu medycznego**. | TAK |  |
| 2. | Wykonana z wytrzymałego **nylonu** oraz wyposażona w wycinane laserowo **taśmy PALS** kompatybilne z **systemem MOLLE.** | TAK |  |
| 3. | Posiada od frontu płaską kieszeń oraz komorę główną i płaską kieszeń z tyłu. | TAK |  |
| 4. | Komora główna jest zamykana na **dwukierunkowy zamek błyskawiczny**, a w jej wnętrzu wszyto **elastyczne taśmy**, które służą jako organizer na sprzęt medyczny. | TAK |  |
| 5. | Od spodu posiada „**shock cord”**, który pozwala na mocowanie dodatkowych przedmiotów. | TAK |  |
| 6. | Wymiary 220-240 x 130-140 x 13-140 mm.**PARAMETR PUNKTOWANY** | **240 x 140 x 140 mm – 20 pkt.**Inne (w podanym zakresie) – 0 pkt. |  |
| 7. | Waga 350-375 g.**PARAMETR PUNKTOWANY** | **372 g – 20 pkt.**Inna (w podanym zakresie) – 0 pkt. |  |
| 8. | Wykonana w 100% z Nylonu. | TAK |  |
| 9. | Kamuflaż – MultiCam. | TAK |  |

**UWAGA:**

Warunki wymagalne stanowią wymagania odcinające - nie spełnienie nawet jednego z ww. wymagań, wpisanie odpowiedzi NIE lub brak wpisu w kolumnie „Parametry oferowane” lub podanie nie prawdziwej informacji spowoduje odrzucenie oferty. W przypadku ofert producentów Zamawiający wymaga zaoferowania urządzeń istniejących na rynku. Nie dopuszczalne są oferty, w których Oferent proponuje spełnienie warunków SWZ „na zamówienie”. Zamawiający może żądać przedłożenia oryginalnych folderów producenta lub instrukcji w języku angielskim lub polskim w celu potwierdzenia oferowanych parametrów. W przypadku braku potwierdzenia wartości oferowanych parametrów Zamawiający odrzuca ofertę.

W sytuacjach wątpliwości co do prawdziwości oferowanych parametrów Zamawiający przyjmuje za prawdziwe dane pochodzące z oficjalnych folderów producenta (w postaci drukowanej lub pobranych ze strony internetowych producenta). W przypadkach spornych Zamawiający może żądać prezentacji sprzętu lub u Zamawiającego lub w jednostce służby zdrowia na terenie kraju.

**OŚWIADCZENIE:**

Niniejszym oświadczam, że oferowany powyżej wyspecjalizowane urządzenie jest kompletne i będzie po uruchomieniu gotowe do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

........................................... dn. ........................

*miejscowość*

……..……………………….…….....................................................................

elektroniczny podpis[[1]](#footnote-1) Wykonawcy/ osoby (osób) uprawnionej

do występowania w imieniu Wykonawcy lub podmiotu

udostępniającego zasoby/ osoby (osób) uprawnionej do

występowania w imieniu podmiotu

1. Kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty [↑](#footnote-ref-1)