

Załącznik nr 2 do SIWZ

....., dnia

(miejscowość)

(pieczęć firmowa Wykonawcy)

FORMULARZ OFERTY

Dane Wykonawcy:

Adres (siedziba) Wykonawcy:

Tel. Fax

NIP: REGON:

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym na:

sprzedaż i dostawę mebli ze stali nierdzewnej dla potrzeb Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Szpitala Powiatowego w Mielcu

oferujemy realizację w/w Przedmiotu Zamówienia:

I. Cena oferty:

GRUPA 1 – MEBLE ZE STALI NIERDZEWNEJ – SZAFKA MEDYCZNA – 2 szt.

Asortyment	Nazwa handlowa	Numer katalogowy, producent	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa			Wartość		
					netto	VAT%	brutto	netto (kol. 5x6)	VAT	brutto (kol. 9+10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Całkowita wartość zamówienia										

Informacja na temat spełnienia wymaganych przez Zamawiającego parametrów:

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
	WYMAGANIA OGÓLNE		
1.	Nazwa oferowanej szafy medycznej:	TAK, podać	
	Producent:	TAK, podać	
	Typ:	TAK, podać	
	Rok produkcji: 2017 lub nowszy	TAK, podać	
	Szafka fabrycznie nowa	TAK	
2.	Wykonana ze stali gatunku 1.4301.	TAK	
3.	Szafa z podziałem - w górnej części pojedyncze drzwi przeszklone (szkło bezpieczne, przezroczyste), w dolnej części pojedyncze	TAK	

Projekt pn. "Modernizacja i wyposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Szpitalu Powiatowym im. Edmunda Biernackiego w Mielcu". w ramach Działania 9.1 Infrastruktura ratownictwa medycznego, Oś Priorytetowa IX Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia POIiŚ 2014-2020.
Umowa o dofinansowanie projektu nr POIiŚ.09.01.00-00-0059/16.

	drzwi pełne.		
4.	Drzwi otwierane standardowo z prawej na lewą stronę dolny front zbudowany z podwójnej ścianki wypełnionej np. plastrem miodu.	TAK	
5.	Drzwi wyposażone w uszczelkę, uchwyt oraz zamek.	TAK	
6.	W górnej części cztery półki, w dolnej części jedna półka.	TAK	
7.	Półki regulowane, wykonane ze stali nierdzewnej.	TAK	
8.	Podstawa szafy na nóżkach o wysokości min. 140 mm z możliwością wypoziomowania	TAK, podać	
9.	Rozmiar szafki : (dł. x szer. x wys.) w mm:600 x 470 x 1800 (±30 mm).	TAK, podać	
Warunki gwarancji i serwisu			
1.	Wymagany okres gwarancji od momentu dostawy min. 24 miesiące	TAK, podać	
2.	Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
3.	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
4.	Przegląd wg zaleceń producenta w trakcie trwania gwarancji na koszt Wykonawcy	TAK	

Okres gwarancji: miesięcy

Termin wykonania zamówienia: dni

GRUPA 2 – MEBLE ZE STALI NIERDZEWNEJ - STOLIK OPATRUNKOWY – 1 szt.

Asortyment	Nazwa handlowa	Numer katalogowy, producent	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa			Wartość		
					netto	VAT%	brutto	netto (kol. 5x6)	VAT	brutto (kol. 9+10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Całkowita wartość zamówienia										

Informacja na temat spełnienia wymaganych przez Zamawiającego parametrów:

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
	WYMAGANIA OGÓLNE		
1.	Nazwa oferowanego stolika:	TAK, podać	
	Producent:	TAK, podać	
	Typ:	TAK, podać	
	Rok produkcji: 2017 lub nowszy	TAK, podać	
	Stolik fabrycznie nowy	TAK	
2.	Wykonany ze stali gatunku 1.4301 (304).	TAK	
3.	Błat i półka zagłębione i montowane na stałe.	TAK	
4.	Odległość między blatami 445 mm, Max 450mm	TAK, podać	
5.	Wyposażony w uchwyt znajdujący się przy krótszym boku.	TAK	
6.	Kółka min. fi 100 mm (dwa z blokadą). Oponki wykonane z materiału niebrudzącego podłoża. Przy kołach odbojniki z tworzywa sztucznego.	TAK, podać	
7.	Miska z uchwytem na stelażu obrotowym.	TAK	
8.	Wymiary blatu w mm.: 750x650mm (±30 mm).	TAK, podać	
9.	Wymiary zewnętrzne (dł. x szer. x wys.) w mm: 865x720x880 (±30 mm).	TAK, podać	
Warunki gwarancji i serwisu			

Projekt pn. "Modernizacja i wyposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Szpitalu Powiatowym im. Edmunda Biernackiego w Mielcu". w ramach Działania 9.1 Infrastruktura ratownictwa medycznego, Oś Priorytetowa IX Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia POIiŚ 2014-2020.
Umowa o dofinansowanie projektu nr POIiŚ.09.01.00-00-0059/16.

1.	Wymagany okres gwarancji od momentu dostawy min. 24 miesiące	TAK, podać	
2.	Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
3.	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
4.	Przegląd wg zaleceń producenta w trakcie trwania gwarancji na koszt Wykonawcy	TAK	

Okres gwarancji: miesięcy

Termin wykonania zamówienia: dni

GRUPA 3 – MEBLE ZE STALI NIERDZEWNEJ - WÓZEK MOBILNY LISTWOWY DWUSTRONNY – 1 szt.

Asortyment	Nazwa handlowa	Numer katalogowy, producent	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa			Wartość		
					netto	VAT%	brutto	netto (kol. 5x6)	VAT	brutto (kol. 9+10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Całkowita wartość zamówienia										

Informacja na temat spełnienia wymaganych przez Zamawiającego parametrów:

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
	WYMAGANIA OGÓLNE		
1.	Nazwa oferowanego wózka:	TAK, podać	
	Producent:	TAK, podać	
	Typ:	TAK, podać	
	Rok produkcji: 2017 lub nowszy	TAK, podać	
	Wózek fabrycznie nowy	TAK	
2.	Wykonany ze stali gatunku 1.4301 (304).	TAK	
3.	Wyposażony w min 16 par haczyków umieszczonych z dwóch stron regału (po 8 par z każdej strony regału) służących do zawieszenia koszy sterylizacyjnych, półek, wieszaków.	TAK	
4.	Podstawa na czterech kółkach min. fi 80 mm (dwa kółka z blokadą).	TAK, podać	
5.	Wyposażony w dwa uchwyty do prowadzenia.	TAK	
6.	Wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpieczne.	TAK	
7.	Wymiary zewnętrzne (dł. x szer. x wys.) w mm: 530x600x1500 (±30 mm) (długość bez uchwytów), 690x600x1500 (±30 mm) (długość z uchwytami).	TAK, podać	
	Warunki gwarancji i serwisu		
1.	Wymagany okres gwarancji od momentu dostawy min. 24 miesiące	TAK, podać	
2.	Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
3.	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
4.	Przegląd wg zaleceń producenta w trakcie trwania gwarancji na koszt Wykonawcy	TAK	

Okres gwarancji: miesięcy

Termin wykonania zamówienia: dni

GRUPA 4 – MEBLE ZE STALI NIERDZEWNEJ - KOSZE STERYLIZACYJNE DO WÓZKA MOBILNEGO – 6 szt.

Projekt pn. "Modernizacja i wyposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Szpitalu Powiatowym im. Edmunda Biernackiego w Mielcu". w ramach Działania 9.1 Infrastruktura ratownictwa medycznego, Oś Priorytetowa IX Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia POIiŚ 2014-2020.
Umowa o dofinansowanie projektu nr POIiŚ.09.01.00-00-0059/16.

Asortyment	Nazwa handlowa	Numer katalogowy, producent	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa			Wartość		
					netto	VAT%	brutto	netto (kol. 5x6)	VAT	brutto (kol. 9+10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Całkowita wartość zamówienia										

Informacja na temat spełnienia wymaganych przez Zamawiającego parametrów:

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
WYMAGANIA OGÓLNE			
1.	Nazwa oferowanych koszy:	TAK, podać	
	Producent:	TAK, podać	
	Typ:	TAK, podać	
	Rok produkcji: 2017 lub nowszy	TAK, podać	
	Kosze fabrycznie nowe	TAK	
2.	Wykonane ze stali gatunku 1.4301 (304).	TAK	
3.	Kosze bez wycięcia z przodu, wykonany z prętu fi 3 i fi 5mm.	TAK	
4.	Pojemność - 0,5 jednostki sterylizacyjnej.	TAK	
5.	Wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpieczne.	TAK	
6.	Wymiary (dł. x szer. x wys.) w mm: 575x280x135 mm (±30 mm).	TAK, podać	
Warunki gwarancji i serwisu			
1.	Wymagany okres gwarancji od momentu dostawy min. 24 miesiące	TAK, podać	
2.	Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
3.	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
4.	Przegląd wg zaleceń producenta w trakcie trwania gwarancji na koszt Wykonawcy	TAK	

Okres gwarancji: miesięcy

Termin wykonania zamówienia: dni

GRUPA 5 – MEBLE ZE STALI NIERDZEWNEJ - STOLIK OPATRUNKOWY – 1 szt.

Asortyment	Nazwa handlowa	Numer katalogowy, producent	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa			Wartość		
					netto	VAT%	brutto	netto (kol. 5x6)	VAT	brutto (kol. 9+10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Całkowita wartość zamówienia										

Informacja na temat spełnienia wymaganych przez Zamawiającego parametrów:

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
WYMAGANIA OGÓLNE			
1.	Nazwa oferowanego stolika:	TAK, podać	
	Producent:	TAK, podać	
	Typ:	TAK, podać	
	Rok produkcji: 2017 lub nowszy	TAK, podać	

Projekt pn. "Modernizacja i wyposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Szpitalu Powiatowym im. Edmunda Biernackiego w Mielcu". w ramach Działania 9.1 Infrastruktura ratownictwa medycznego, Oś Priorytetowa IX Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia POIiŚ 2014-2020.

Umowa o dofinansowanie projektu nr POIiŚ.09.01.00-00-0059/16.

	Stolik fabrycznie nowy	TAK	
2.	Wykonane ze stali gatunku 1.4301 (304).	TAK	
3.	Stolik z jednym blatem prostym montowanym na stałe.	TAK	
4.	Stolik wyposażony w uchwyt znajdujący się przy krótszym boku.	TAK	
5.	Na kółkach min. fi 100 mm (dwa z blokadą). Oponki wykonane z materiału niebrudzącego podłoża. Przy kołach odbojniki z tworzywa sztucznego, które chronią wyrób przed uszkodzeniem.	TAK, podać	
6.	Wymiary blatu: 1000x650 mm (±30 mm).	TAK, podać	
7.	Wymiary zewnętrzne (dł. x szer. x wys.) w mm: 1115x720x880 (±30 mm).	TAK, podać	
Warunki gwarancji i serwisu			
1.	Wymagany okres gwarancji od momentu dostawy min. 24 miesiące	TAK, podać	
2.	Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
3.	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
4.	Przegląd wg zaleceń producenta w trakcie trwania gwarancji na koszt Wykonawcy	TAK	

Okres gwarancji: miesięcy

Termin wykonania zamówienia: dni

GRUPA 6 – MEBLE ZE STALI NIERDZEWNEJ - STOLIK MAYO – 1 szt.

Asortyment	Nazwa handlowa	Numer katalogowy, producent	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa			Wartość		
					netto	VAT%	brutto	netto (kol. 5x6)	VAT	brutto (kol. 9+10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Całkowita wartość zamówienia										

Informacja na temat spełnienia wymaganych przez Zamawiającego parametrów:

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
WYMAGANIA OGÓLNE			
1.	Nazwa oferowanego stolika:	TAK, podać	
	Producent:	TAK, podać	
	Typ:	TAK, podać	
	Rok produkcji: 2017 lub nowszy	TAK, podać	
	Stolik fabrycznie nowy	TAK	
2.	Wykonany ze stali gatunku 1.4301 (304), służący do gromadzenia instrumentów chirurgicznych podczas zabiegów.	TAK	
3.	Górny blat zagłębiony podnoszony przy pomocy nożnej pompy hydraulicznej, za pomocą jednej dźwigni.	TAK	
4.	Podstawa w kształcie litery T z trzema pojedynczymi kółkami min. fi 80 mm.	TAK, podać	
5.	Wszystkie kółka wyposażone w blokadę.	TAK	
6.	Oponki wykonane z materiału niebrudzącego podłoża.	TAK	
7.	Górny blat obracany w poziomie o 360°.	TAK	
8.	Wymiary blatu w mm.: 740x490 mm (±30 mm).	TAK, podać	
9.	Dopuszczalne obciążenie 15 kg.	TAK, podać	
10.	Krawędzie zaokrąglone, bezpieczne.	TAK	

Projekt pn. "Modernizacja i doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Szpitalu Powiatowym im. Edmunda Biernackiego w Mielcu". w ramach Działania 9.1 Infrastruktura ratownictwa medycznego, Oś Priorytetowa IX Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia POIiŚ 2014-2020.
Umowa o dofinansowanie projektu nr POIiŚ.09.01.00-00-0059/16.

11.	Wymiary zewnętrzne (dłxszxwys) w mm: 740x490x960/1370 (±30 mm).	TAK, podać	
Warunki gwarancji i serwisu			
1.	Wymagany okres gwarancji od momentu dostawy min. 24 miesiące	TAK, podać	
2.	Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
3.	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
4.	Przegląd wg zaleceń producenta w trakcie trwania gwarancji na koszt Wykonawcy	TAK	

Okres gwarancji: miesięcy

Termin wykonania zamówienia: dni

GRUPA 7 – MEBLE ZE STALI NIERDZEWNEJ - STELAŻ DO WORKÓW FOLIOWYCH 60 L POJEDYNCZY Z POKRYWĄ – 1 szt.

Asortyment	Nazwa handlowa	Numer katalogowy, producent	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa			Wartość		
					netto	VAT%	brutto	netto (kol. 5x6)	VAT	brutto (kol. 9+10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Całkowita wartość zamówienia										

Informacja na temat spełnienia wymaganych przez Zamawiającego parametrów:

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
WYMAGANIA OGÓLNE			
1.	Nazwa oferowanego stelaża:	TAK, podać	
	Producent:	TAK, podać	
	Typ:	TAK, podać	
	Rok produkcji: 2017 lub nowszy	TAK, podać	
	Stelaż fabrycznie nowy	TAK	
2.	Wykonany ze stali gatunku 1.4301 (304).	TAK	
3.	Wyposażony w obręcz na worek oraz pokrywę satynową (matową) podnoszoną nożnie.	TAK	
4.	Otwieranie standardowe na 83°.	TAK	
5.	Na obręczy - klipsy tworzywowe, służące do przytrzymania worka.	TAK	
6.	Podstawa z kółkami min. fi 50 mm (w tym dwa z blokadą).	TAK, podać	
7.	Oponki wykonane z materiału, który nie brudzi podłoża.	TAK	
8.	Wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpieczne.	TAK	
9.	Wymiary zewnętrzne (dł. x szer. x wys.) w mm: 400x510x710 (±30 mm).	TAK, podać	
Warunki gwarancji i serwisu			
1.	Wymagany okres gwarancji od momentu dostawy min. 24 miesiące	TAK, podać	
2.	Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
3.	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
4.	Przegląd wg zaleceń producenta w trakcie trwania gwarancji na koszt Wykonawcy	TAK	

Projekt pn. "Modernizacja i doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Szpitalu Powiatowym im. Edmunda Biernackiego w Mielcu". w ramach Działania 9.1 Infrastruktura ratownictwa medycznego, Oś Priorytetowa IX Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia POIiŚ 2014-2020.
Umowa o dofinansowanie projektu nr POIiŚ.09.01.00-00-0059/16.

Okres gwarancji: miesięcy

Termin wykonania zamówienia: dni

**GRUPA 8 – MEBLE ZE STALI NIERDZEWNEJ - STELAŻ DO WORKÓW FOLIOWYCH 60 L POJEDYNCZY
BEZ POKRYWY – 2 szt.**

Asortyment	Nazwa handlowa	Numer katalogowy, producent	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa			Wartość		
					netto	VAT%	brutto	netto (kol. 5x6)	VAT	brutto (kol. 9+10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Calkowita wartość zamówienia										

Informacja na temat spełnienia wymaganych przez Zamawiającego parametrów:

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
	WYMAGANIA OGÓLNE		
1.	Nazwa oferowanego stelaża:	TAK, podać	
	Producent:	TAK, podać	
	Typ:	TAK, podać	
	Rok produkcji: 2017 lub nowszy	TAK, podać	
	Stelaż fabrycznie nowy	TAK	
2.	Wykonany ze stali gatunku 1.4301 (304).	TAK	
3.	Wyposażony w obręcz na worek.	TAK	
4.	Na obręczy - klipsy tworzywowe, służące do przytrzymania worka.	TAK	
5.	Podstawa z kółkami min. fi 50 mm (w tym dwa z blokadą).	TAK, podać	
6.	Oponki wykonane z materiału, który nie brudzi podłoża.	TAK	
7.	Wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpieczne.	TAK	
8.	Wymiary zewnętrzne (dł. x szer. x wys.) w mm: 400x440x710 (±30 mm).	TAK, podać	
	Warunki gwarancji i serwisu		
1.	Wymagany okres gwarancji od momentu dostawy min. 24 miesiące	TAK, podać	
2.	Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
3.	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
4.	Przegląd wg zaleceń producenta w trakcie trwania gwarancji na koszt Wykonawcy	TAK	

Okres gwarancji: miesięcy

Termin wykonania zamówienia: dni

GRUPA 9 – MEBLE ZE STALI NIERDZEWNEJ - STOJAK Z MISKĄ – 1 szt.

Asortyment	Nazwa handlowa	Numer katalogowy, producent	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa			Wartość		
					netto	VAT%	brutto	netto (kol. 5x6)	VAT	brutto (kol. 9+10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Projekt pn. "Modernizacja i wyposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Szpitalu Powiatowym im. Edmunda Biernackiego w Mielcu". w ramach Działania 9.1 Infrastruktura ratownictwa medycznego, Oś Priorytetowa IX Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia POIiŚ 2014-2020.
Umowa o dofinansowanie projektu nr POIiŚ.09.01.00-00-0059/16.

Całkowita wartość zamówienia									
-------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Informacja na temat spełnienia wymaganych przez Zamawiającego parametrów:

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
WYMAGANIA OGÓLNE			
1.	Nazwa oferowanego stojaka:	TAK, podać	
	Producent:	TAK, podać	
	Typ:	TAK, podać	
	Rok produkcji: 2017 lub nowszy	TAK, podać	
	Stojak fabrycznie nowy	TAK	
2.	Wykonany ze stali gatunku 1.4301 (304).	TAK	
3.	Wyposażony w jedną miskę zdejmowaną o pojemności 6L.	TAK	
4.	Stojak na pięcioramiennej podstawie z 5 kółkami o średnicy min. fi 50mm (dwa kółka z blokadą).	TAK, podać	
5.	Oponki wykonane z materiału, który nie brudzi podłoża.	TAK	
6.	Maksymalne obciążenie: 6kg.	TAK, podać	
7.	Wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpieczne.	TAK	
8.	Wymiary zewnętrzne (dł. x szer. x wys.) w mm: 600x560x850 (±30 mm).	TAK, podać	
Warunki gwarancji i serwisu			
1.	Wymagany okres gwarancji od momentu dostawy min. 24 miesiące	TAK, podać	
2.	Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
3.	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
4.	Przegląd wg zaleceń producenta w trakcie trwania gwarancji na koszt Wykonawcy	TAK	

Okres gwarancji: miesięcy

Termin wykonania zamówienia: dni

GRUPA 10 –MEBLE ZE STALI NIERDZEWNEJ TABORET DO BADANIA PACJENTA – 4 szt.

Asortyment	Nazwa handlowa	Numer katalogowy, producent	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa			Wartość		
					netto	VAT%	brutto	netto (kol. 5x6)	VAT	brutto (kol. 9+10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Całkowita wartość zamówienia										

Informacja na temat spełnienia wymaganych przez Zamawiającego parametrów:

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
WYMAGANIA OGÓLNE			
1.	Nazwa oferowanego taboretu:	TAK, podać	
	Producent:	TAK, podać	
	Typ:	TAK, podać	
	Rok produkcji: 2017 lub nowszy	TAK, podać	
	Taboret fabrycznie nowy	TAK	
2.	Wykonany ze stali gatunku 1.4301 (304).	TAK	
3.	Taboret bez oparcia, wyposażony w siedzisko tapicerowane.	TAK	

Projekt pn. "Modernizacja i wyposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Szpitalu Powiatowym im. Edmunda Biernackiego w Mielcu". w ramach Działania 9.1 Infrastruktura ratownictwa medycznego, Oś Priorytetowa IX Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia POIiŚ 2014-2020.
Umowa o dofinansowanie projektu nr POIiŚ.09.01.00-00-0059/16.

4.	Siedzisko okrągłe o średnicy 350 mm.	TAK	
5.	Siedzisko odporne na działanie środków dezynfekcyjnych stosowanych powszechnie na salach operacyjnych.	TAK	
6.	Kolor tapicerki - zieleń medyczna.	TAK	
7.	Wysokość siedziska podnoszona pneumatycznie(ręcznie za pomocą sprężyny gazowej).	TAK	
8.	Podstawa trójramienna z 5 kółkami o średnicy min. fi 50 mm (w tym dwa z blokadą).	TAK, podać	
9.	Oponki wykonane z materiału, który nie brudzi podłoża.	TAK	
10.	Taboret z obręczą pod nogi.	TAK	
11.	Dopuszczalne obciążenie 135 kg.	TAK, podać	
12.	Wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpieczne.	TAK	
13.	Wymiary zewnętrzne (dł. x szer. x wys.) w mm: 480x480x490/630 (±30 mm).	TAK, podać	
Warunki gwarancji i serwisu			
1.	Wymagany okres gwarancji od momentu dostawy min. 24 miesiące	TAK, podać	
2.	Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
3.	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
4.	Przegląd wg zaleceń producenta w trakcie trwania gwarancji na koszt Wykonawcy	TAK	

Okres gwarancji: miesięcy

Termin wykonania zamówienia: dni

GRUPA 11 – MEBLE ZE STALI NIERDZEWNEJ - STELAŻ NA KROPLÓWKI – 6 szt.

Asortyment	Nazwa handlowa	Numer katalogowy, producent	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa			Wartość		
					netto	VAT%	brutto	netto (kol. 5x6)	VAT	brutto (kol. 9+10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Całkowita wartość zamówienia										

Informacja na temat spełnienia wymaganych przez Zamawiającego parametrów:

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
WYMAGANIA OGÓLNE			
1.	Nazwa oferowanego stelaża:	TAK, podać	
	Producent:	TAK, podać	
	Typ:	TAK, podać	
	Rok produkcji: 2017 lub nowszy	TAK, podać	
	Stelaż fabrycznie nowy	TAK	
2.	Wyposażony w dwa uchwyty na butelki z płynami infuzyjnymi.	TAK	
3.	Wysokość stojaka regulowana ręcznie w zakresie 1200-2150 mm.	TAK, podać	
4.	Podstawa pięcioramienna, wyposażona w 5 kółek min. fi 50 mm (w tym 2 kółka z blokadą).	TAK, podać	
5.	Oponki wykonane z materiału, który nie brudzi podłoża.	TAK	
6.	Stojak wykonany ze stali nierdzewnej w gatunku 1.4301 (304).	TAK	
7.	Podstawa ze stali w gatunku S235 wg EN, malowanej proszkowo wg palety RAL.	TAK	

8.	Dopuszczalne obciążenie - 8 kg.	TAK, podać	
9.	Wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpieczne.	TAK	
10.	Wymiary zewnętrzne (dł. x szer. x wys.)w mm: 560x560x1200/2150 (±30 mm).	TAK, podać	
Warunki gwarancji i serwisu			
1.	Wymagany okres gwarancji od momentu dostawy min. 24 miesiące	TAK, podać	
2.	Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
3.	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
4.	Przeгляд wg zaleceń producenta w trakcie trwania gwarancji na koszt Wykonawcy	TAK	

Okres gwarancji: miesięcy

Termin wykonania zamówienia: dni

GRUPA 12 – MEBLE ZE STALI NIERDZEWNEJ - SZAFKA LEKARSKA – 1 szt.

Asortyment	Nazwa handlowa	Numer katalogowy, producent	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa			Wartość		
					netto	VAT%	brutto	netto (kol. 5x6)	VAT	brutto (kol. 9+10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Całkowita wartość zamówienia										

Informacja na temat spełnienia wymaganych przez Zamawiającego parametrów:

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
WYMAGANIA OGÓLNE			
1.	Nazwa oferowanej szafy:	TAK, podać	
	Producent:	TAK, podać	
	Typ:	TAK, podać	
	Rok produkcji: 2017 lub nowszy	TAK, podać	
	Szafka fabrycznie nowa	TAK	
2.	Wykonana ze stali gatunku 1.4301.	TAK	
3.	Z podziałem - w górnej i dolnej części podwójne drzwi otwierane skrzydłowo.	TAK	
4.	Górna część: front i boki przeszklone (szkło bezpieczne, przezroczyste).	TAK	
5.	Dolna część: drzwi pełne, zbudowane z podwójnej ścianki wypełnionej plastrem miodu.	TAK	
6.	Drzwi wyposażone w uszczelkę, uchwyt oraz zamek w górnej części cztery półki, w dolnej części jedna półka.	TAK	
7.	Półki regulowane, wykonane ze stali nierdzewnej.	TAK	
8.	Podstawa szafy na nóżkach o wysokości min. 140 mm z możliwością wypoziomowania.	TAK, podać	
9.	Wymiary zewnętrzne (dł. x szer. x wys.)w mm 1000 x 470 x 1800 mm (±30 mm).	TAK, podać	
Warunki gwarancji i serwisu			
1.	Wymagany okres gwarancji od momentu dostawy min. 24 miesiące	TAK, podać	
2.	Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez	TAK	

Projekt pn. "Modernizacja i wyposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Szpitalu Powiatowym im. Edmunda Biernackiego w Mielcu". w ramach Działania 9.1 Infrastruktura ratownictwa medycznego, Oś Priorytetowa IX Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia POIiŚ 2014-2020.
Umowa o dofinansowanie projektu nr POIiŚ.09.01.00-00-0059/16.

	okres 10 lat		
3.	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
4.	Przegląd wg zaleceń producenta w trakcie trwania gwarancji na koszt Wykonawcy	TAK	

Okres gwarancji: miesięcy

Termin wykonania zamówienia: dni

GRUPA 13 – MEBLE ZE STALI NIERDZEWNEJ - SZAFKA LEKARSKA – 1 szt.

Asortyment	Nazwa handlowa	Numer katalogowy, producent	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa			Wartość		
					netto	VAT%	brutto	netto (kol. 5x6)	VAT	brutto (kol. 9+10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Całkowita wartość zamówienia										

Informacja na temat spełnienia wymaganych przez Zamawiającego parametrów:

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
	WYMAGANIA OGÓLNE		
1.	Nazwa oferowanej szafy:	TAK, podać	
	Producent:	TAK, podać	
	Typ:	TAK, podać	
	Rok produkcji: 2017 lub nowszy	TAK, podać	
	Szafka fabrycznie nowa	TAK	
2.	Wykonana ze stali gatunku 1.4301 (304).	TAK	
3.	Szafka dwudrzwiowa ,drzwi pełne otwierane skrzydłowo.	TAK	
4.	Front zbudowany z podwójnej ścianki wypełnionej plastrem miotu drzwi wyposażone w uszczelkę.	TAK	
5.	Uchwyt oraz zamek pięć półek regulowanych wykonanych ze stali nierdzewnej.	TAK	
6.	Podstawa szafy na nóżkach o wysokości min. 140 mm z możliwością wypoziomowania.	TAK, podać	
7.	Wymiary zewnętrzne (dł. x szer. x wys.)w mm: 1000 x 580 x 2000 (±30 mm).	TAK, podać	
	Warunki gwarancji i serwisu		
1.	Wymagany okres gwarancji od momentu dostawy min. 24 miesiące	TAK, podać	
2.	Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
3.	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
4.	Przegląd wg zaleceń producenta w trakcie trwania gwarancji na koszt Wykonawcy	TAK	

Okres gwarancji: miesięcy

Termin wykonania zamówienia: dni

GRUPA 14 –MEBLE ZE STALI NIERDZEWNEJ - REGAŁ MAGAZYNOWY – 1 szt.

Asortyment	Nazwa handlowa	Numer katalogowy, producent	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa			Wartość		
					netto	VAT%	brutto	netto (kol. 5x6)	VAT	brutto (kol. 9+10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Całkowita wartość zamówienia										

Informacja na temat spełnienia wymaganych przez Zamawiającego parametrów:

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
	WYMAGANIA OGÓLNE		
1.	Nazwa oferowanego regału:	TAK, podać	
	Producent:	TAK, podać	
	Typ:	TAK, podać	
	Rok produkcji: 2017 lub nowszy	TAK, podać	
	Regał fabrycznie nowy	TAK	
2.	Wykonany ze stali gatunku 1.4301 (304).	TAK	
3.	Regał z pięcioma pełnymi półkami (wewnętrznie regulowane).	TAK	
4.	Regał z profili 30x30x1,2mm, blacha min. 1,5mm.	TAK	
5.	Regał na nóżkach o wysokości min. 140 mm.	TAK, podać	
6.	Wym. w mm. 1000x500x1800 (±30 mm).	TAK, podać	
	Warunki gwarancji i serwisu		
1.	Wymagany okres gwarancji od momentu dostawy min. 24 miesiące	TAK, podać	
2.	Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
3.	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
4.	Przegląd wg zaleceń producenta w trakcie trwania gwarancji na koszt Wykonawcy	TAK	

Okres gwarancji: miesięcy

Termin wykonania zamówienia: dni

GRUPA 15 – MEBLE ZE STALI NIERDZEWNEJ - STOLIK OPATRUNKOWY – 2 szt.

Asortyment	Nazwa handlowa	Numer katalogowy, producent	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa			Wartość		
					netto	VAT%	brutto	netto (kol. 5x6)	VAT	brutto (kol. 9+10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Całkowita wartość zamówienia										

Informacja na temat spełnienia wymaganych przez Zamawiającego parametrów:

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
	WYMAGANIA OGÓLNE		
1.	Nazwa oferowanego stolika:	TAK, podać	
	Producent:	TAK, podać	
	Typ:	TAK, podać	
	Rok produkcji: 2017 lub nowszy	TAK, podać	
	Stolik fabrycznie nowy	TAK	

Projekt pn. "Modernizacja i wyposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Szpitalu Powiatowym im. Edmunda Biernackiego w Mielcu". w ramach Działania 9.1 Infrastruktura ratownictwa medycznego, Oś Priorytetowa IX Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia POIiŚ 2014-2020.
Umowa o dofinansowanie projektu nr POIiŚ.09.01.00-00-0059/16.

2.	Wykonany ze stali gatunku 1.4301 (304).	TAK	
3.	Z jednym blatem prostym montowanym na stałe.	TAK	
4.	Wyposażony w uchwyt znajdujący się przy krótszym boku.	TAK	
5.	Na kółkach min. fi 100 mm (dwa z blokadą).	TAK, podać	
6.	Oponki wykonane z materiału niebrudzącego podłoża.	TAK	
7.	Przy kołach odbojniki z tworzywa sztucznego, które chronią wyrób przed uszkodzeniem.	TAK	
8.	Wymiary blatu: w mm. 750x650 (±30 mm).	TAK, podać	
9.	Wymiary zewnętrzne (dł. x szer. x wys.) w mm: 865x720x880 (±30 mm).	TAK, podać	
Warunki gwarancji i serwisu			
1.	Wymagany okres gwarancji od momentu dostawy min. 24 miesiące	TAK, podać	
2.	Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
3.	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
4.	Przegląd wg zaleceń producenta w trakcie trwania gwarancji na koszt Wykonawcy	TAK	

Okres gwarancji: miesięcy

Termin wykonania zamówienia: dni

**GRUPA 16 – MEBLE ZE STALI NIERDZEWNEJ - STELAŻ DO WORKÓW FOLIOWYCH 100 L
PODWÓJNY Z POKRYWAMI – 4 szt.**

Asortyment	Nazwa handlowa	Numer katalogowy, producent	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa			Wartość		
					netto	VAT%	brutto	netto (kol. 5x6)	VAT	brutto (kol. 9+10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Całkowita wartość zamówienia										

Informacja na temat spełnienia wymaganych przez Zamawiającego parametrów:

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
WYMAGANIA OGÓLNE			
1.	Nazwa oferowanego stelaża:	TAK, podać	
	Producent:	TAK, podać	
	Typ:	TAK, podać	
	Rok produkcji: 2017 lub nowszy	TAK, podać	
	Stelaż fabrycznie nowy	TAK	
2.	Wykonany ze stali gatunku 1.4301 (304).	TAK	
3.	Wyposażony w dwie obręcze na worki oraz w dwie pokrywy satynowe (matowe) podnoszone nożnie.	TAK,	
4.	Otwieranie standardowe na 83°.	TAK	
5.	Na obręczach - klipsy tworzywowe, służące do przytrzymania worka.	TAK	
6.	Podstawa z kółkami min. fi 50 mm (w tym dwa z blokadą).	TAK, podać	
7.	Oponki wykonane z materiału, który nie brudzi podłoża.	TAK	
8.	Wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpieczne .	TAK	
9.	Wymiary zewnętrzne (dłxszerxwys) w mm:860x510x910 (±30 mm).	TAK, podać	
Warunki gwarancji i serwisu			

Projekt pn. "Modernizacja i wyposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Szpitalu Powiatowym im. Edmunda Biernackiego w Mielcu". w ramach Działania 9.1 Infrastruktura ratownictwa medycznego, Oś Priorytetowa IX Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia POIiŚ 2014-2020.
Umowa o dofinansowanie projektu nr POIiŚ.09.01.00-00-0059/16.

1.	Wymagany okres gwarancji od momentu dostawy min. 24 miesiące	TAK, podać	
2.	Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
3.	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
4.	Przegląd wg zaleceń producenta w trakcie trwania gwarancji na koszt Wykonawcy	TAK	

Okres gwarancji: miesięcy

Termin wykonania zamówienia: dni

GRUPA 17 – MEBLE ZE STALI NIERDZEWNEJ - STOLIK – 1 szt.

Asortyment	Nazwa handlowa	Numer katalogowy, producent	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa			Wartość		
					netto	VAT%	brutto	netto (kol. 5x6)	VAT	brutto (kol. 9+10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Całkowita wartość zamówienia										

Informacja na temat spełnienia wymaganych przez Zamawiającego parametrów:

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
	WYMAGANIA OGÓLNE		
1.	Nazwa oferowanego stolika:	TAK, podać	
	Producent:	TAK, podać	
	Typ:	TAK, podać	
	Rok produkcji: 2017 lub nowszy	TAK, podać	
	Stolik fabrycznie nowy	TAK	
2.	Wykonany ze stali gatunku 1.4301 (304).	TAK	
3.	Wysokość stolika regulowana ręcznie w zakresie 1200-2150 mm.	TAK	
4.	Podstawa w kształcie litery T z trzema pojedynczymi stabilnymi kółkami min. fi 50 mm.	TAK, podać	
5.	Wszystkie kółka wyposażone w blokadę.	TAK	
6.	Oponki wykonane z materiału niebrudzącego podłoża.	TAK	
7.	Błat roboczy o wym. w min. 350x500 mm (±30 mm).	TAK, podać	
8.	Całkowity wymiar w mm: 500x455x800/1200 mm (±30 mm).	TAK, podać	
	Warunki gwarancji i serwisu		
1.	Wymagany okres gwarancji od momentu dostawy min. 24 miesiące	TAK, podać	
2.	Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
3.	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
4.	Przegląd wg zaleceń producenta w trakcie trwania gwarancji na koszt Wykonawcy	TAK	

Okres gwarancji: miesięcy

Termin wykonania zamówienia: dni

GRUPA 18 – MEBLE ZE STALI NIERDZEWNEJ - BLAT PRZYŚCIENNY – 1 szt.

Asortyment	Nazwa handlowa	Numer katalogowy,	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa			Wartość		
					netto	VAT%	brutto	netto	VAT	brutto

Projekt pn. "Modernizacja i wyposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Szpitalu Powiatowym im. Edmunda Biernackiego w Mielcu". w ramach Działania 9.1 Infrastruktura ratownictwa medycznego, Oś Priorytetowa IX Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia POIiŚ 2014-2020.
Umowa o dofinansowanie projektu nr POIiŚ.09.01.00-00-0059/16.

		producent						(kol. 5x6)		(kol. 9+10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Całkowita wartość zamówienia										

Informacja na temat spełnienia wymaganych przez Zamawiającego parametrów:

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
	WYMAGANIA OGÓLNE		
1.	Nazwa oferowanego blatu:	TAK, podać	
	Producent:	TAK, podać	
	Typ:	TAK, podać	
	Rok produkcji: 2017 lub nowszy	TAK, podać	
	Blat fabrycznie nowy	TAK	
2.	Wykonany ze stali gatunku 1.4301 (304).	TAK	
3.	Mocowany do ściany za pomocą wsporników.	TAK	
4.	Na tylnej ścianie fartuch z blachy o wysokości 40 mm, pozostałe boki proste.	TAK	
5.	Wymiar w mm.:2000x500 mm (±30 mm).	TAK, podać	
	Warunki gwarancji i serwisu		
1.	Wymagany okres gwarancji od momentu dostawy min. 24 miesiące	TAK, podać	
2.	Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
3.	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
4.	Przegląd wg zaleceń producenta w trakcie trwania gwarancji na koszt Wykonawcy	TAK	

Okres gwarancji: miesięcy

Termin wykonania zamówienia: dni

GRUPA 19 – MEBLE ZE STALI NIERDZEWNEJ - WÓZEK REANIMACYJNY – 1 szt.

Asortyment	Nazwa handlowa	Numer katalogowy, producent	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa			Wartość		
					netto	VAT%	brutto	netto (kol. 5x6)	VAT	brutto (kol. 9+10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Całkowita wartość zamówienia										

Informacja na temat spełnienia wymaganych przez Zamawiającego parametrów:

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
	WYMAGANIA OGÓLNE		
1.	Nazwa oferowanego wózka:	TAK, podać	
	Producent:	TAK, podać	
	Typ:	TAK, podać	
	Rok produkcji: 2017 lub nowszy	TAK, podać	
	Wózek fabrycznie nowy	TAK	
2.	Wykonany z wysokiej jakości tworzywa typu - anodyzowanego	TAK	

	aluminium – trwałego, lekkiego i nierdzewnego. Wózek zabezpieczony listwą ochronną na obwodzie podstawy.		
3.	Blat oraz podstawa: wykonana z tworzywa poliuretanowego (nie termoplastyczne) Odporne na zadrapania, uszkodzenia mechaniczne, promienie UV oraz środki dezynfekcyjne. Blat zagłębniony zapobiegający przed spadaniem przedmiotów.	TAK	
4.	Szuflady jednoczęściowe: odlewane w pełni otwierane (100%) dzięki zintegrowanym niemetalowym przewodnikom. Wykonane w całości z tworzywa poliuretanowego łatwe do wyciągnięcia i do czyszczenia.	TAK	
5.	Koła: łatwe w czyszczeniu, niekorodujące, nie zostawiające śladów oraz ciche. Osadzone na łożysku kulowym (po 2 na każde koło) – 3 koła z blokadą, 1 antystatyczne. Koła o średnicy min. 125mm.	TAK	
	WYPOSAŻENIE WÓZKA		
6.	Pojedynczy uchwyt na rękawice	TAK	
7.	Pojemnik na akcesoria o wymiarach: min. 400x100x100mm	TAK, podać	
8.	Obrotowa półka pod defibrylator wraz z paskami mocującymi	TAK	
9.	Kuweta na akcesoria	TAK	
10.	Uchwyt na butelki	TAK	
11.	Półka na ssak	TAK	
12.	Listwa zasilająca	TAK	
13.	Półka z Plexi z 5 pojemnikami	TAK	
14.	Nadstawka z 6 uchylnymi pojemnikami	TAK	
15.	Uchwyt pojemnika na zużyte przedmioty	TAK	
16.	Wieszak kroplówki z regulacją wysokości	TAK	
17.	Pojemnik na cewniki	TAK	
18.	Odchylana boczna kieszeń o wymiarach: min. 400x100x250mm	TAK, podać	
19.	Obrotowa półka pod np. laptopa	TAK	
20.	Aluminiowe wysięgniki do zawieszania akcesoriów	TAK	
21.	Zaciski do mocowania akcesoriów	TAK	
	Warunki gwarancji i serwisu	TAK	
1.	Wymagany okres gwarancji od momentu dostawy min. 24 miesiące	TAK, podać	
2.	Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
3.	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
4.	Przegląd wg zaleceń producenta w trakcie trwania gwarancji na koszt Wykonawcy	TAK	

Okres gwarancji: miesięcy

Termin wykonania zamówienia: dni

GRUPA 20 –MEBLE ZE STALI NIERDZEWNEJ - STÓŁ DO PRZYGOTOWANIA OPATRUNKÓW GIPSOWYCH – 1 szt.

Asortyment	Nazwa handlowa	Numer katalogowy, producent	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa			Wartość		
					netto	VAT%	brutto	netto (kol. 5x6)	VAT	brutto (kol. 9+10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Całkowita wartość zamówienia										

Projekt pn. "Modernizacja i doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Szpitalu Powiatowym im. Edmunda Biernackiego w Mielcu". w ramach Działania 9.1 Infrastruktura ratownictwa medycznego, Oś Priorytetowa IX Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia POIiŚ 2014-2020.
Umowa o dofinansowanie projektu nr POIiŚ.09.01.00-00-0059/16.

Informacja na temat spełnienia wymaganych przez Zamawiającego parametrów:

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
	WYMAGANIA OGÓLNE		
1.	Nazwa oferowanego stołu:	TAK, podać	
	Producent:	TAK, podać	
	Typ:	TAK, podać	
	Rok produkcji: 2017 lub nowszy	TAK, podać	
	Stół fabrycznie nowy	TAK	
2.	Wykonany w całości ze stali gatunku 1.4301 (304) z szafką dwukomorową (L= 800mm+/-30mm) wyposażoną w pierwszej komorze: 1 półkę przestawną oraz drzwiczki jednoskrzydłowe: w drugiej komorze: 3 szuflady.	TAK, podać	
3.	Wymiary w mm.: 1600 x 600 x 890 (+/-30mm).	TAK, podać	
4.	Szafka wykonana w systemie podwójnej ścianki z elementami izolacyjno-wygluszającymi.	TAK	
5.	Szuflady skrzynkowe poruszające się na prowadnicach rolkowych samodomykających.	TAK	
6.	Wnętrze szafki szczelne, bez zagłębień, zagięć oraz szczelin umożliwiających gromadzenie się brudu.	TAK	
7.	Drzwiczki oraz fronty szuflad wykonane z dwóch paneli tworzących kasetę z uszczelką przeciwpylową.	TAK	
8.	Błat zagłębiony, z wbudowaną komorą sedymentacyjną wyposażoną w wymowany odstojnik gipsu, zawór spustowy oraz syfon.	TAK	
9.	Tyłna krawędź blatu z fartuchem o wysokości 40mm.	TAK	
10.	Stół posadowiony na nóżkach o wysokości min. 150 mm z regulacją wysokości w zakresie min. 20 mm umożliwiających wypoziomowanie.	TAK, podać	
11.	Wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpieczne.	TAK	
	Warunki gwarancji i serwisu		
1.	Wymagany okres gwarancji od momentu dostawy min. 24 miesiące.	TAK, podać	
2.	Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 10 lat.	TAK	
3.	Instrukcja obsługi w języku polskim.	TAK	
4.	Przegląd wg zaleceń producenta w trakcie trwania gwarancji na koszt Wykonawcy.	TAK	

Okres gwarancji: miesięcy

Termin wykonania zamówienia: dni

II. Oświadczamy, że:

- * zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń,
- * wzór Umowy wraz z Protokołem zdawczo-odbiorczym załączony do SIWZ akceptujemy bez zastrzeżeń i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do jej podpisania w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego,
- * oferowany jest kompletny i będzie po dostawie do Zamawiającego gotowy do podjęcia działalności medycznej, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji,
- * dostawy będziemy realizować transportem własnym, na swój koszt i ryzyko loco-magazyn Zamawiającego
- * termin płatności za dostarczony towar wynosił będzie 60 dni od dnia doręczenia Zamawiającemu

Projekt pn. "Modernizacja i wyposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Szpitalu Powiatowym im. Edmunda Biernackiego w Mielcu". w ramach Działania 9.1 Infrastruktura ratownictwa medycznego, Oś Priorytetowa IX Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia POIiŚ 2014-2020.
Umowa o dofinansowanie projektu nr POIiŚ.09.01.00-00-0059/16.

prawidłowo i zgodnie z umową wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy, prowadzony przez o numerze

- * wyszczególnione w złożonej ofercie ceny jednostkowe **pozostaną niezmiennie przez okres trwania umowy**, z zastrzeżeniem przypadków wskazanych w umowie,
- * uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres **60 dni** od terminu składania ofert,
- * oświadczam, że wybór naszej oferty **będzie / nie będzie** (*niepotrzebne skreślić*) prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług (art. 91 ust. 3a ustawy Prawo Zamówień Publicznych).

Obowiązek podatkowy będzie dotyczył:

.....(w
pisać nazwę/rodzaj towaru lub usługi, które będą prowadziły do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług), objętych przedmiotem zamówienia, podlegających mechanizmowi odwróconego obciążenia VAT, a ich wartość netto (bez kwoty podatku) będzie wynosiła

(wpisać wartość netto towaru lub usługi podlegających mechanizmowi odwróconego obciążenia VAT, wymienionych wcześniej)

III. Wpłata wadium:

1. Wadium zostało wniesione w formie
2. Numer rachunku na jaki Zamawiający dokona zwrotu wadium (w przypadku wpłaty w formie pieniężnej)

.....
*(pieczętka i podpis Wykonawcy
lub jego uprawnionego przedstawiciela)*

Data: