Wojskowy Ośrodek Farmacji i Techniki Medycznej Zał. 6.2 dla zadania 2 i 5

 ul. Wojska Polskiego 57

 05-430 Celestynów

|  |
| --- |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA****MANEKIN EWAKUACYJNY** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Producent…………………………………****Model………………………………………****Rok produkcji…………………………….** |
| L.p. | **Wymagania Zamawiającego** | **Potwierdzenie minimalnych wymagań lub /Parametry oferowane** (podać dokładne wartości ) Zalecane jest podanie numeru strony dokumentu potwierdzającego spełnienie wymagania |
| 1. WYMAGANIA OGÓLNE
 |
|  | Pełnopostaciowy manekin odzwierciedlający fizjonomię osoby dorosłej. |  |
| 1. PARAMETRY URZĄDZENIA
 |
|  | Wykonany z materiałów odpornych na przenoszenie, ciąganie, zginanie. |  |
|  | Manekin wykonany z ognioodpornego materiału. |  |
|  | Wyposażony w mocny uchwyt na plecach, pozwalający na jego łatwe przemieszczanie a także powieszenie. |  |
|  | Przystosowany do zakładania kołnierza ortopedycznego w celu symulowania prawidłowej opieki nad rannym. |  |
|  | Manekin wyposażony w kombinezon ochronny i wytrzymałe buty. |  |
|  | Wszystkie stawy ruchome z uwagi na możliwość umieszczania manekina w miejscach ciasnych, w pojazdach, zawalonych pomieszczeniach. |  |
|  | Waga od 75 kg do 80 kg. |  |
|  | Wzrost od 178 cm do 184 cm. |  |

W przypadku, gdy Wykonawca nie poda dokładnej wartości oferowanego parametru, a jedynie zamieści odpowiedź „TAK” lub „min./max.” Zamawiający uzna, że oferowany parametr ma wartość odpowiadającą wartości określonej przez Zamawiającego w kolumnie „Wymagania zamawiającego”.

**Będąc świadomym odpowiedzialności karnej za poświadczenie nieprawdy oświadczam, że wyżej wymienione informacje są zgodne ze stanem faktycznym i parametrami oferowanego produktu.**

 ………..…………………………… ………………………….

 (miejscowość, data) (pieczęć i podpis)