**Załącznik nr 1.4 do SWZ (modyfikacja)**

**Szp-241/ZP – 055/2023**

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

**Zadanie nr 4**

**Przedmiot zamówienia – Leżanka do masażu – 1 szt. (Zamiejscowy Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej I)**

Nazwa własna …………………………………………………………........................…………

Oferowany model ………………………………………………………..................................

Producent …………………………………………………………………………......................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………......................

Rok produkcji – **2023**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania \*)** | **Wartość oferowana** |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
|  | Regulacja wysokości hydrauliczna | TAK |  |
|  | Blat dwuczęściowy |  TAK |  |
|  | Podgłówek regulowany sprężyną gazową |  TAK |  |
|  | Tapicerka skóropodobna |  TAK |  |
|  | Biały kolor stelażu | TAK |  |
|  | Pedały nożne do hydraulicznej regulacji wysokości | TAK |  |
|  | Dokument potwierdzający, iż przedmiot zamówienia został sklasyfikowany jako wyrób medyczny i jest dopuszczony do obrotu na terenie Polski zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych. | TAK |  |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać ewentualne zakresy***

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami wymaganymi. Brak opisu w kolumnie nr 4 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

***…………………………………..***

*(Imię i nazwisko osoby uprawnionej*

*do reprezentowania Wykonawcy)*