**Załącznik nr 1a**

**Formularz parametrów technicznych**

**oferujemy dostawę fabrycznie nowego urządzenia o parametrach wskazanych w poniższej tabeli   
wraz z instalacją i instruktażem w zakresie obsługi, na warunkach określonych w umowie stanowiącej Załącznik nr 3 do ogłoszenia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Waga medyczna elektryczna z walidacją – 3 szt.** | | |
| **Producent (marka) …………………………………………………..………………………… (Należy podać)**  **Model ………………………………………………………………………………..………..… (Należy podać)**  **Kraj pochodzenia...…………………………………………….………………………………..(Należy podać)**  **Fabrycznie nowe urządzenie, wyprodukowane nie wcześniej niż w 2023 r.** | | |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Parametr wymagany / oceniany** |
|  | Elektroniczna waga medyczna | wymagany |
|  | Waga z dopuszczalnym maksymalnym obciążeniem do min. 300 kg | wymagany |
|  | Dokładność odczytu, podziałka nie mniejsza niż 50g do 150 kg, 100g powyżej 150kg | wymagany |
|  | Dokładność pomiaru zaświadczona certyfikatem medycznym w min. III klasie | wymagany |
|  | Waga wyposażona w wzrostomierz | wymagany |
|  | Pomiar wzrostu mierzonego pacjenta z wzrostomierza elektronicznego z automatycznym przeszyłem parametrów mierzonych, do komputera wagi | wymagany |
|  | Waga wyposażona wyświetlacz służący do sterowania wagą | wymagany |
|  | Zasilanie wagi bateryjne lub sieciowe, zasilacz w zestawie | wymagany |
|  | Platforma wagi z powłoką antypoślizgową o wymiarach nie mniejszych niż 335mm x 80mm x 345 (szer. x wys. x gł). | wymagany |
|  | Waga wyposażona w nóżki z regulacją umożliwiającą wypoziomowanie wagi | wymagany |
|  | Możliwość bezprzewodowej transmisji danych | wymagany |
|  | Możliwość kalibracji wagi – wykonywanej przez użytkownika | wymagany |
|  | Funkcja HOLD – zamrożenie wartości pomiaru na wyświetlaczu, funkcja TARA. | wymagany |
|  | Waga dostarczona z ważną oceną zgodności (legalizacja) | wymagany |
|  | **Okresowy przegląd techniczny zamówienia, Zalecany przez producenta** *(należy podać właściwą liczbę – ilość miesięcy, po upływie których producent zaleca wykonywanie przeglądów jeżeli dotyczy)* | Należy podać:  TAK, co ………. miesięcy  NIE - nie zalecany |

**Oświadczam**, że wyżej wymieniony przedmiot zamówienia spełnia wszystkie wymagane przez Zamawiającego parametry techniczne wyszczególnione w powyższej tabeli.

…………………………………………… …………………………………………………………………………………

*(miejscowość, data) (elektroniczny podpis osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy)*