**Załącznik nr 1c**

**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**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Urządzenie do tlenoterapii (maski + przepływomierz). – 1 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** |
|  | Przepływomierz tlenu medycznego min.70l/min z płynną regulacją przepływu | wymagany |
|  | Podłączenie przepływomierz (dozownika) tlenu bezpośrednio do punku poboru lub na szynę medyczną) – przyłącze wlotowe w standardzie AGA | wymagany |
|  | Przepływomierz dostosowany do pojemników (zbiorników) wielokrotnego oraz jednorazowego użytku. | wymagany |
|  | Zbiornik wielorazowego użytku o pojemności min.200 ml szt.2 | wymagany |
|  | Maski jednorazowe do terapii tlenowej dla dorosłych min.200 szt. | 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)*