Przetarg nr UMW / AZ / PN – 81 / 18 Załącznik nr 2 A do Siwz

**ARKUSZ INFORMACJI TECHNICZNEJ**

**Poz. 1**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa** | **Młotek neurologiczny**  |
| **Typ** |  |
| **Producent** |  |
| **Cena / szt.**  |  |
| **Liczba sztuk** | **12** |
| **Rok produkcji:** | **2017 lub 2018** |
| **L.p.** | **Specyfikacja techniczna.** | **Wymagania graniczne.** | **Parametry oferowane(Proszę opisać oraz podać zakresy, jeśli dotyczy. W przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów).** |
| **DANE PODSTAWOWE** |
| **1.** | **Młotek neurologiczny z igłą do badania głębokich odruchów ścięgnistych.** | **TAK** |  |
| **SKŁAD ZESTAWU** |
| **2.** | **- Młotek neurologiczny****- Końcówka Babińskiego** | **TAK** |  |
| **DANE TECHNICZNE** |
| **3.** | **- Metalowa rękojeść** | **TAK** |  |
| **GWARANCJA**  |
|  | **Okres gwarancji – minimum 12 miesięcy licząc od dnia podpisania protokołu odbioru potwierdzającego prawidłową dostawę przedmiotu w infrastrukturze Zamawiającego.** | **TAK , PODAĆ** |  |
| **Punktacja (0-10):****12-24 miesięcy – 0 pkt.,****25–36 miesięcy – 5 pkt.,****powyżej 36 miesięcy – 10 pkt** |

**Poz. 2**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa** | **WAGA** |
| **Typ** |  |
| **Producent** |  |
| **Cena / szt.**  |  |
| **Liczba sztuk** | **4** |
| **Rok produkcji:** | **2017 lub 2018** |
| **L.p.** | **Specyfikacja techniczna.** | **Wymagania graniczne.** | **Parametry oferowane(Proszę opisać oraz podać zakresy, jeśli dotyczy. W przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów).** |
| **DANE PODSTAWOWE** |
| **1.** | **Waga elektroniczna z miernikiem BMI i wzrostomierzem** | **TAK** |  |
| **SKŁAD ZESTAWU** |
| **2.** | **- Waga z miernikiem BMI****- Ładowarka****- Kółka do transportu****- Poziomica** | **TAK** |  |
| **DANE TECHNICZNE** |
| **3.** | **- Funkcje wagi: ważenie, tarowanie, BMI, automatyczny wyłącznik, zatrzymanie wyniku****- Ciężar wagi do 10 kg****- Wyświetlacz LCD****- Max wymiary wyświetlacza Ø230x190 mm****- Manualny teleskopowy, mechaniczny wzrostomierz (pomiar do min 200 cm)****- Zakres ważenia do min 200 kg** | **TAK** |  |
| **4.** | **ZASILANIE****- Akumulatory lub sieciowe** | **TAK** |  |
| **GWARANCJA**  |
|  | **Okres gwarancji – minimum 12 miesięcy licząc od dnia podpisania protokołu odbioru potwierdzającego prawidłową dostawę przedmiotu w infrastrukturze Zamawiającego.** | **TAK , PODAĆ** |  |
| **Punktacja (0-10):****12 - 24 miesięcy – 0 pkt.,****25–36 miesięcy – 5 pkt.,****powyżej 36 miesięcy – 10 pkt** |

**Poz. 3**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa** | **TERMOMETR** |
| **Typ** |  |
| **Producent** |  |
| **Cenna / szt.**  |  |
| **Liczba sztuk** | **17** |
| **Rok produkcji:** | **2017 lub 2018** |
| **L.p.** | **Specyfikacja techniczna.** | **Wymagania graniczne.** | **Parametry oferowane(Proszę opisać oraz podać zakresy, jeśli dotyczy. W przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów).** |
| **DANE PODSTAWOWE** |
| **1.** | **Automatyczny termometr laserowy bezdotykowy na podczerwień**  | **TAK** |  |
| **SKŁAD ZESTAWU** |
| **2.** | **- termometr****- baterie****- instrukcja w języku polskim** | **TAK** |  |
| **DANE TECHNICZNE** |
| **3.** | **- Trójkolorowa funkcja pomiaru temperatury- Urządzenie służące do pomiaru temperatury ciała lub powierzchni wybranego przedmiotu.- Pomiary przeprowadzane są wyłącznie przy użyciu sondy na podczerwień  do pomiaru temperatury, o wysokim stopniu dokładności pomiaru i stabilnym działaniu.- Funkcja alarmu w przypadku podwyższonej temperatury ciała.- Podświetlany wyświetlacz cyfrowy LCD.- Dwa tryby pomiaru temperatury: skala Fahrenheita i Celsjusza, do wyboru.- Tryb automatycznego oszczędzania energii; termometr wyłącza się, jeśli nie jest używany.- Czas pomiaru – maks. 1 sek. - Zakres pomiaru: temperatura ciała: co najmniej 32°C – 42,9°C / 89,6°F – 109,2°F.- Pobór mocy: ≤ 300mW.- Masa netto: maks. 75 g (bez baterii).** | **TAK** |  |
| **GWARANCJA**  |
|  | **Okres gwarancji – 12 miesięcy licząc od dnia podpisania protokołu odbioru potwierdzającego prawidłową dostawę przedmiotu w infrastrukturze Zamawiającego.** | **TAK , PODAĆ** |  |
| **Punktacja (0-10):****12-24 miesięcy – 0 pkt.,****25–36 miesięcy – 5 pkt.,****powyżej 36 miesięcy – 10 pkt** |

**Poz. 4**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa** | **Rolki do przekładania pacjenta** |
| **Typ** |  |
| **Producent** |  |
| **Cena / szt.**  |  |
| **Liczba sztuk** | **1** |
| **Rok produkcji:** | **2017 lub 2018** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Specyfikacja techniczna.** | **Wymagania graniczne.** | **Parametry oferowane(Proszę opisać oraz podać zakresy, jeśli dotyczy. W przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów).** |
| **DANE PODSTAWOWE** |
| **1.** | **Rolki przeznaczone są do transportu pacjenta z łóżek na inne miejsce przeznaczone do leżenia. Transport pacjenta odbywa się w pozycji leżącej, co znacząco obniża wysiłek fizyczny, jak również zwiększa komfort pacjenta.** | **TAK** |  |
| **SKŁAD ZESTAWU** |
| **2.** | **- przenośnik taśmowo-rolkowy do przekładania pacjenta** | **TAK** |  |
| **DANE TECHNICZNE** |
| **3.** | **• Wymiary max – 1100x600 mm;** | **TAK** |  |
| **GWARANCJA**  |
|  | **Okres gwarancji – minimum 12 miesięcy licząc od dnia podpisania protokołu odbioru potwierdzającego prawidłową dostawę przedmiotu w infrastrukturze Zamawiającego.** | **TAK , PODAĆ** |  |
| **Punktacja (0-10):****12 - 24 miesięcy – 0 pkt.,****25–36 miesięcy – 5 pkt.,****powyżej 36 miesięcy – 10 pkt** |

**Poz. 5**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa** | **PODGRZEWACZ PŁYNÓW INFUZYJNYCH** |
| **Typ** |  |
| **Producent** |  |
| **Cena / szt.**  |  |
| **Liczba sztuk** | **1** |
| **Rok produkcji:** | **2017 lub 2018** |
| **L.p.** | **Specyfikacja techniczna.** | **Wymagania graniczne.** | **Parametry oferowane(Proszę opisać oraz podać zakresy, jeśli dotyczy. W przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów).** |
| **DANE PODSTAWOWE** |
| **1.** | **Urządzenie do podgrzewania płynów infuzyjnych i krwi** | **TAK** |  |
| **DANE TECHNICZNE** |
| **2.** | **Możliwość użytkowania standardowych drenów do przetoczeń o średnicy 4,1-5,0 mm** | **TAK** |  |
| **3.** | **Przepływ co najmniej 1-20 ml/min** | **TAK** |  |
| **4.** | **Regulacja temperatury w przedziale co najmniej 36-39 ⁰C** | **TAK** |  |
| **5.** | **Możliwość pracy ciągłej** | **TAK** |  |
| **6.** | **Wyświetlacz umożliwiający kontrolę temperatury** | **TAK** |  |
| **7.** | **Alarm dźwiękowy i wizualny zbyt wysokiej temperatury** | **TAK** |  |
| **8.** | **Zasilanie 230V** | **TAK** |  |
| **9.** | **Możliwość mocowania za pomocą uchwytu do stojaków kroplówek oraz możliwość zawieszenia za pomocą paska** | **TAK** |  |
| **GWARANCJA**  |
|  | **Okres gwarancji – minimum 12 miesięcy licząc od dnia podpisania protokołu odbioru potwierdzającego prawidłową dostawę przedmiotu w infrastrukturze Zamawiającego.** | **TAK , PODAĆ** |  |
| **Punktacja (0-10):****12-24 miesięcy – 0 pkt.,****25–36 miesięcy – 5 pkt.,****powyżej 36 miesięcy – 10 pkt** |

**Poz. 6**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa** | **OTOSKOP I OFTALMOSKOP** |
| **Typ** |  |
| **Producent** |  |
| **Cena / szt.**  |  |
| **Liczba sztuk** | **6** |
| **Rok produkcji:** | **2017 lub 2018** |
| **L.p.** | **Specyfikacja techniczna.** | **Wymagania graniczne.** | **Parametry oferowane(Proszę opisać oraz podać zakresy, jeśli dotyczy. W przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów).** |
|  | **Otoskop światłowodowy z wytrzymałą rękojeścią wykonaną z metalu oraz obudowa optyki odporna na zabrudzenia wykonana z wytrzymałego plastiku.** | **TAK** |  |
|  | **- Oświetlenie światłowodowe- Głowice ze śrubą w obudowie, wymienne- Pierścień regulujący z metalową śrubą pozwalający na ustawienie głowicy w odpowiedniej pozycji na rękojeści- Rękojeść bateryjna AA na dwie baterie typu AA- Wykonany z utwardzonego tworzywa w kolorze czarnym- Ergonomiczny kształt głowicy- W zestawie wielorazowe wzierniki uszne w rozmiarach 2,5mm – 5 szt., 4mm - 5 szt. - Opakowanie zestawu w formie twardej walizki** | **TAK** |  |
|  | **Futerał do przechowywania urządzenia.** | **TAK** |  |
| **GWARANCJA**  |
|  | **Okres gwarancji – minimum 12 miesięcy licząc od dnia podpisania protokołu odbioru potwierdzającego prawidłową dostawę przedmiotu w infrastrukturze Zamawiającego.** | **TAK , PODAĆ** |  |
| **Punktacja (0-10):****12-24 miesięcy – 0 pkt.,****25–36 miesięcy – 5 pkt.,****powyżej 36 miesięcy – 10 pkt** |

**Poz. 7**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa** | **Zestaw do szybkiej infuzji/przetoczeń** |
| **Typ** |  |
| **Producent** |  |
| **Cena / szt.**  |  |
| **Liczba sztuk** | **7** |
| **Rok produkcji:** | **2017 lub 2018** |
| **L.p.** | **Specyfikacja techniczna.** | **Wymagania graniczne.** | **Parametry oferowane(Proszę opisać oraz podać zakresy, jeśli dotyczy. W przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów).** |
| **DANE PODSTAWOWE** |
| **1.** | **Zestaw do szybkiej infuzji lub przetoczeń do podawania roztworów w elastycznym opakowaniu, bez wykorzystania siły grawitacji.** | **TAK** |  |
| **SKŁAD ZESTAWU** |
| **2.** | **- manometr** **- mankiet****- gruszka** | **TAK** |  |
| **DANE TECHNICZNE** |
| **3.** | **- pojemność – co najmniej 0,5L- manometr z dużą skalą - ochrona manometru gumową obręczą - gruszka- Zakres ciśnienia wspomagania przetoczeń: co najmniej 0-450 mmHg** | **TAK** |  |
| **GWARANCJA** |
|  | **Okres gwarancji – minimum 12 miesięcy licząc od dnia podpisania protokołu odbioru potwierdzającego prawidłową dostawę przedmiotu w infrastrukturze Zamawiającego.** | **TAK , PODAĆ** |  |
| **Punktacja (0-10):****12-24 miesięcy – 0 pkt.,****25–36 miesięcy – 5 pkt.,****powyżej 36 miesięcy – 10 pkt** |

**Poz. 8**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa** | **Fonendoskop pediatryczny** |
| **Typ** |  |
| **Producent** |  |
| **Cena / szt.**  |  |
| **Liczba sztuk** | **10** |
| **Rok produkcji:** | **2017 lub 2018** |
| **L.p.** | **Specyfikacja techniczna.** | **Wymagania graniczne.** | **Parametry oferowane(Proszę opisać oraz podać zakresy, jeśli dotyczy. W przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów).** |
| **DANE PODSTAWOWE** |
| **1.** | **Fonendoskop pediatryczny służący do osłuchiwania pacjenta pediatrycznego, głównie jego płuc, serca i jamy brzusznej.** | **TAK** |  |
| **SKŁAD ZESTAWU** |
| **2.** | **- fonendoskop pediatryczny składający się z oliwek, liry, przewodu oraz głowicy wraz z pierścieniami otaczającymi głowicę,****- komplet zapasowych oliwek,****- zapasowa membrana,****- instrukcja użytkowania fonendoskopu,****- karta gwarancyjna** | **TAK** |  |
| **DANE TECHNICZNE** |
| **3.** | **- materiał, z którego wykonana jest głowica: stal nierdzewna,****- rodzaj oliwek: miękkie, samouszczelniające się,****- rodzaj głowicy: dwustronna,****- produkt niezawierający lateksu** | **TAK** |  |
| **GWARANCJA**  |
|  | **Okres gwarancji – minimum 12 miesięcy licząc od dnia podpisania protokołu odbioru potwierdzającego prawidłową dostawę przedmiotu w infrastrukturze Zamawiającego.** | **TAK , PODAĆ** |  |
| **Punktacja (0-10):****12-24 miesięcy – 0 pkt.,****25–36 miesięcy – 5 pkt.,****powyżej 36 miesięcy – 10 pkt** |

**Poz. 9**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa** | **Fonendoskop neonatologiczny**  |
| **Typ** |  |
| **Producent** |  |
| **Cena / szt.**  |  |
| **Liczba sztuk** | **12** |
| **Rok produkcji:** | **2017 lub 2018** |
| **L.p.** | **Specyfikacja techniczna.** | **Wymagania graniczne.** | **Parametry oferowane(Proszę opisać oraz podać zakresy, jeśli dotyczy. W przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów).** |
| **DANE PODSTAWOWE** |
| **1.** | **Fonendoskop neonatologiczny do osłuchiwania noworodków i najmłodszych dzieci, głównie płuc, serca i jamy brzusznej.** | **TAK** |  |
| **SKŁAD ZESTAWU** |
| **2.** | **- fonendoskop neonatologiczny składający się z oliwek, liry, przewodu oraz głowicy wraz z pierścieniami otaczającymi głowicę,****- komplet zapasowych oliwek,****- zapasowa membrana,****- instrukcja użytkowania fonendoskopu,****- karta gwarancyjna** | **TAK** |  |
| **DANE TECHNICZNE** |
| **3.** | **- materiał, z którego wykonana jest głowica: stal nierdzewna lub aluminium** **- rodzaj oliwek: miękkie, samouszczelniające się,****- rodzaj głowicy: dwustronna,****- wypukła membrana**  | **TAK** |  |
| **GWARANCJA**  |
|  | **Okres gwarancji – minimum 12 miesięcy licząc od dnia podpisania protokołu odbioru potwierdzającego prawidłową dostawę przedmiotu w infrastrukturze Zamawiającego.** | **TAK , PODAĆ** |  |
| **Punktacja (0-10):****12-24 miesięcy – 0 pkt.,****25–36 miesięcy – 5 pkt.,****powyżej 36 miesięcy – 10 pkt** |

**Poz. 10**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa** | **Fonendoskop internistyczny** |
| **Typ** |  |
| **Producent** |  |
| **Cena / szt.**  |  |
| **Liczba sztuk** | **35** |
| **Rok produkcji:** | **2017 lub 2018** |
| **L.p.** | **Specyfikacja techniczna.** | **Wymagania graniczne.** | **Parametry oferowane(Proszę opisać oraz podać zakresy, jeśli dotyczy. W przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów).** |
| **DANE PODSTAWOWE** |
| **1.** | **Fonendoskop do osłuchiwania pacjenta, głównie jego płuc, serca i jamy brzusznej.** | **TAK** |  |
| **SKŁAD ZESTAWU** |
| **2.** | **- fonendoskop internistyczny składający się z oliwek, liry, przewodu oraz głowicy wraz z pierścieniami otaczającymi głowicę,****- komplet zapasowych oliwek,****- zapasowa membrana,****- instrukcja użytkowania fonendoskopu,****- karta gwarancyjna** | **TAK** |  |
| **DANE TECHNICZNE** |
| **3.** | **- materiał, z którego wykonana jest głowica: stal nierdzewna,****- rodzaj oliwek: miękkie, samouszczelniające się,****- rodzaj głowicy: dwustronna,****- produkt niezawierający lateksu** | **TAK** |  |
| **GWARANCJA**  |
|  | **Okres gwarancji – minimum 12 miesięcy licząc od dnia podpisania protokołu odbioru potwierdzającego prawidłową dostawę przedmiotu w infrastrukturze Zamawiającego.** | **TAK , PODAĆ** |  |
| **Punktacja (0-10):****12-24 miesięcy – 0 pkt.,****25–36 miesięcy – 5 pkt.,****powyżej 36 miesięcy – 10 pkt** |

**Poz. 11**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa** | **CIŚNIENIOMIERZ** |
| **Typ** |  |
| **Producent** |  |
| **Cena / szt.**  |  |
| **Liczba sztuk** | **18** |
| **Rok produkcji:** | **2017 lub 2018** |
| **L.p.** | **Specyfikacja techniczna.** | **Wymagania graniczne.** | **Parametry oferowane(Proszę opisać oraz podać zakresy, jeśli dotyczy. W przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów).** |
| **DANE PODSTAWOWE** |
| **1.** | **Ciśnieniomierz do pomiaru poziomu ciśnienia tętniczego krwi** | **TAK** |  |
| **DANE TECHNICZNE** |
| 1. 3.
 | **• Zakres pomiarowy: co najmniej 0-300 mmHg • Metalowa obudowa• Czytelna tarcza o średnicy co najmniej 50 mm• Estetyczne wykonanie• Stetoskop• Mankiet dla dorosłych (co najmniej 23-32cm)** | **TAK** |  |
| **GWARANCJA**  |
|  | **Okres gwarancji – minimum 12 miesięcy licząc od dnia podpisania protokołu odbioru potwierdzającego prawidłową dostawę przedmiotu w infrastrukturze Zamawiającego.** | **TAK , PODAĆ** |  |
| **Punktacja (0-10):****12-24 miesięcy – 0 pkt.,****25–36 miesięcy – 5 pkt.,****powyżej 36 miesięcy – 10 pkt** |

**Poz. 12**

|  |
| --- |
| **Glukometr** |
| **Nazwa** |  |
| **Typ** |  |
| **Producent** |  |
| **Cena / szt.**  |  |
| **Liczba sztuk** | **18** |
| **Rok produkcji:** | **2017 lub 2018** |
| **L.p.** | **Specyfikacja techniczna.** | **Wymagania graniczne.** | **Parametry oferowane(Proszę opisać oraz podać zakresy, jeśli dotyczy. W przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów).** |
| **DANE PODSTAWOWE** |
| 1. 1.
 | **Glukometr do pomiaru stężenia poziomu glukozy we krwi.** | **TAK** |  |
| **SKŁAD ZESTAWU** |
|  | **- Pamięć co najmniej do 500 wyników- Metoda oznaczania: biosensor oksydazy glukozowej- Typ portu danych: micro USB- Zakres pomiaru: co najmniej 20-600 mg/dl- Zakres temperatury bezpiecznej dla urządzenia: co najmniej 10 - 44 st. C- Wilgotność: co najmniej 10% - 90%- Próbka badana: świeża krew z naczyń włosowatych- Objętość próbki: 1,0 ul- Czas pomiaru: maks. 5 sekund- Glukometr bez wymogu kodowania - W zestawie paski oraz lancety** | **TAK** |  |
|  |
|  | **ZASILANIE****- źródło energii: bateria****- auto wyłączenie**  | **TAK** |  |
| **GWARANCJA**  |
|  | **Okres gwarancji – minimum 12 miesięcy licząc od dnia podpisania protokołu odbioru potwierdzającego prawidłową dostawę przedmiotu w infrastrukturze Zamawiającego.** | **TAK , PODAĆ** |  |
| **Punktacja (0-10):****12-24 miesięcy – 0 pkt.,****25–36 miesięcy – 5 pkt.,****powyżej 36 miesięcy – 10 pkt** |

**Poz. 13**

|  |
| --- |
| **NARZĘDZIA GINEKOLOGICZNE** |
| **Nazwa** |  |
| **Typ** |  |
| **Wytwórca** |  |
| **Cena / szt.**  |  |
| **Liczba kompletów** | **1** |
| **Rok produkcji:**  | **2017 lub 2018** |
| **Lp.** | **OPIS** | **Wymagania graniczne.** | **Parametry oferowane(Proszę opisać oraz podać zakresy, jeśli dotyczy. W przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów).** |
|  | **Narzędzia wykonane ze stali narzędziowej**  | **TAK** |  |
|  | **Narzędzia odporne na korozję** | **TAK** |  |
|  | **Narzędzia matowane, hartowane próżniowo, wstępna pasywacja przez producenta** | **TAK** |  |
|  | **Komplet narzędzi składa się z:*** **Kleszczyki typu Pean proste, 140mm- 6 szt.,**
* **Nożyczki do pępowiny, długość 160mm, zakrzywione- 2 szt.,**
* **Nożyczki typu Braun-Stadler do krocza, 140-145 mm - 2 szt.,**
* **Nożyczki typu Mayo zagięte 150 mm - 2 szt.,**
* **Wziernik typu Kallmorgen dwułyżkowy 39-40 x 90-95 mm- 2 szt.,**
* **Kleszczyki typu Pean proste 160 mm – 2 szt.,**
* **Igłotrzymacz typu Mayo-Hegar 160 mm - 2 szt.,**
* **Miednicomierz Breisky - 2 szt.,**
* **Stetoskop Pinard do badania tętna płodu aluminium - 2 szt.,**
* **Kleszcze położnicze - 1 szt.,**
 | **TAK** |  |
| **GWARANCJA**  |
|  | **Okres gwarancji – minimum 12 miesięcy licząc od dnia podpisania protokołu odbioru potwierdzającego prawidłową dostawę przedmiotu w infrastrukturze Zamawiającego.** | **TAK , PODAĆ** |  |
| **Punktacja (0-10):****12-24 miesięcy – 0 pkt.,****25–36 miesięcy – 5 pkt.,****powyżej 36 miesięcy – 10 pkt** |

**UWAGA:**

**\* Słowo „TAK” oznacza warunek graniczny, który jest bezwzględnie wymagany.**

**Niespełnienie wszystkich minimalnych parametrów lub funkcji, podanych w rubryce „Wymagania graniczne” spowoduje odrzucenie oferty.**

Data Pieczęć i podpis Wykonawcy