

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA
ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH DLA SPRZĘTU MEDYCZNEGO

L.p.	Nazwa / Opis parametru	Parametr wymagany (graniczny)	Parametr oferowany TAK/NIE (proszę wypełnić)
Wirówka do kończyn górnych			
1.	liczba dysz - otworów min. 4	TAK	
2.	pojemność całkowita 30 L (+/- 10%)	TAK	
3.	prysznic ręczny	TAK	
4.	regulacja napowietrzania wody - "bierny masaż peretkowy"	TAK	
5.	system napełniania manualny	TAK	
6.	termometr	TAK	
7.	system dezynfekcji	TAK	
8.	ustawienie wybranego poziomu wody manualny	TAK	
9.	krzesło dla pacjentów	TAK	
10.	gwarancja (proszę podać okres)	min 24 miesiące	

Zdjęcie oferowanego sprzętu:

.....
podpis Oferenta

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA
ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH DLA SPRZĘTU MEDYCZNEGO

Lp.	Nazwa / Opis parametru	Parametr wymagany (graniczny)	Parametr oferowany TAK/NIE (proszę wypełnić)
wirówka do kończyn dolnych i kręgosłupa			
1.	min. 12 dysz kierunkowych	TAK	
2.	zabezpieczenie pompy przed pracą na sucho	TAK	
3.	system odkamieniania	TAK	
4.	czujnik temperatury wody	TAK	
5.	automatyczne napełnienie	TAK	
6.	prysznic ciepły	TAK	
7.	hydromasaż	TAK	
8.	elektroniczny panel sterowania	TAK	
9.	stopnie umożliwiające wejście do wirówki	TAK	
10.	pojemność zabiegowa 140 L / 210 L (+/- 10%)	TAK	
11.	gwarancja (proszę podać okres)	min 24 miesiące	

Zdjęcie oferowanego sprzętu:

.....
podpis Oferenta