Załącznik nr 1

Do SWZ nr NLO-3820-02/TP/26

|  |  |
| --- | --- |
| *(nazwa Wykonawcy)* | **FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**  **CZĘŚĆ NR 1 – Wyposażenie Oddziału Geriatrycznego (I)** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Stawka**  **/Kwota VAT** | **Wartość brutto** |
| 1. | Wózek transportowy leżący | 1 sztuka |  |  |  |  |
| 2. | Wózek transportowy siedzący | 4 sztuki |  |  |  |  |
|  | **RAZEM:** |  |  |  |  |  |

**OFERUJEMY** przedmiot zamówienia o następujących parametrach technicznych (Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji - zawarte w cenie oferty - i dostępne w oferowanym produkcie w chwili złożenia oferty.):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia:**   1. **Wózek transportowy leżący – 1 sztuka**   **Model/typ oferowanego urządzenia: ………………………………………………… Producent/firma: ……………………………………………………**  **Rok produkcji: 2025r./2026r.** | | | |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | Potwierdzenie spełnienia wymagań minimalnych **TAK/NIE\***  *Wypełnia wykonawca* | W przypadku spełnienia jednocześnie wymagań minimalnych oraz przy parametrach urządzenia wyższych niż minimalne należy podać parametry oferowane  *Wypełnia Wykonawca* |
| 1 | Wózek przeznaczony do przewożenia pacjentów w pozycji leżącej, drobnych zabiegów i krótkiego pobytu. |  |  |
| 2 | Konstrukcja wózka wykonana ze stali lakierowanej proszkowo oparta na 2 kolumnach cylindrycznych z osłoną o gładkiej powierzchni łatwej do dezynfekcji. Platforma leża podzielona na 2 segmenty.  Nie dopuszcza się wózka do transportu pacjenta o konstrukcji wózka na zasadzie pantografu. |  |  |
| 3 | Platforma leża 2 segmentowa, zaokrąglona, łatwa do dezynfekcji, wykonana z tworzywa sztucznego/płyty HPL, odporna na działanie środków chemicznych. |  |  |
| 4 | Podwozie zabudowane pokrywą z tworzywa sztucznego z miejscem do przechowywania rzeczy pacjenta lub dodatkowego sprzętu, z udźwigiem min. 26 kg |  |  |
| 5 | Możliwość zamontowania w każdym z naroży wózka pionowego uchwytu na butlę z tlenem, montowany bez użycia dodatkowych narzędzi |  |  |
| 6 | Bezpieczne obciążenie robocze wózka 250 kg |  |  |
| 7 | Długość całkowita wózka: 2170mm±30mm |  |  |
| 8 | Szerokość całkowita wózka z opuszczonymi barierkami: 735mm±10mm |  |  |
| 9 | Szerokość całkowita wózka z podniesionymi barierkami: 790mm±10mm |  |  |
| 10 | Wymiary leża (przestrzeń dla pacjenta): długość min. 193 cm, szerokość min. 62 cm |  |  |
| 11 | Składane, ergonomiczne rączki do prowadzenia wózka zlokalizowane od strony głowy i od strony nóg pacjenta. Rączki składane poniżej poziomu materaca, bez zabezpieczeń. Możliwość złożenia rączki jedną ręką. |  |  |
| 12 | Wózek wyposażony w piąte koło kierunkowe o średnicy min.120 mm z funkcją jazdy swobodnej bądź kierunkowej. |  |  |
| 13 | Piąte koło pod leżem opuszczane za pomocą dźwigni nożnej. |  |  |
| 14 | Pojedyncze koła o średnicy co najmniej 190 mm, zaopatrzone w osłony zabezpieczające mechanizm kół przed zanieczyszczeniem, co najmniej jedno koło antystatyczne. |  |  |
| 15 | Hydrauliczna regulacja wysokości leża dostępna z obu stron wózka, za pomocą dźwigni nożnej w zakresie 560– 860cm±30mm. |  |  |
| 16 | Wózek wyposażony w centralny system hamulcowy. |  |  |
| 17 | Centralny system blokowania kół obsługiwany z dwóch stron wózka jedną dźwignią nożną, trójpozycyjny – jazda swobodna, jazda kierunkowa, hamulec. |  |  |
| 18 | Barierki boczne chromowane, składane z gładką, wyprofilowaną szczytową powierzchnią tworzywową ułatwiającą prowadzenie wózka oraz nie rysującą ścian. |  |  |
| 19 | Barierki boczne chowane pod ramę leża. |  |  |
| 20 | Regulacja segmentu pleców manualna ze wspomaganiem sprężyn gazowych co najmniej od 0°-85°. |  |  |
| 21 | Pozycja Trendelenburga/ anty-Trendelenburga regulowana hydraulicznie. |  |  |
| 22 | Dźwignie regulacji przechyłów: Trendelenburga/AntyTrendelenburga oraz opuszczania leża dostępna z obu stron dłuższych boków wózka. |  |  |
| 23 | Teleskopowy wieszak na płyny infuzyjne, montaż stały od strony głowy. |  |  |
| 24 | Wózek w części szczytów tj. od strony głowy i od strony nóg wyposażony w elementy zabezpieczające przed uszkodzeniami mechanicznymi. |  |  |
| 25 | Uchwyty na worki urologiczne. |  |  |
| 26 | Materac piankowy w pokrowcu z osłoną poliestrową, powlekany poliuretanem i poliamidem, o grubości min. 8 cm. Materac mocowany na rzepy. |  |  |
| 27 | Wieszak na prześcieradło, papier. |  |  |
| **Przedmiot zamówienia:**   1. **Wózek transportowy siedzący – 4 sztuki**   **Model/typ oferowanego urządzenia: ………………………………………………… Producent/firma: ……………………………………………………**  **Rok produkcji: 2025r./2026r.** | | | |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | Potwierdzenie spełnienia wymagań minimalnych **TAK/NIE\***  *Wypełnia wykonawca* | W przypadku spełnienia jednocześnie wymagań minimalnych oraz przy parametrach urządzenia wyższych niż minimalne należy podać parametry oferowane  *Wypełnia Wykonawca* |
| 1 | Fotel przeznaczony do przewożenia pacjentów w pozycji siedzącej |  |  |
| 2 | Konstrukcja fotela wykonana ze stali lakierowanej proszkowo. |  |  |
| 3 | Wyprofilowane oparcie oraz siedzisko fotela wykonane w formie jednolitego odlewu, zaokrąglone, ze zmywalnego, wytłoczonego tworzywa sztucznego bez szwów i łączeń, o gładkiej powierzchni łatwej do dezynfekcji. |  |  |
| 4 | Maksymalna masa pacjenta: 226,8 kg |  |  |
| 5 | Długość całkowita fotela: 1000mm ±30mm |  |  |
| 6 | Szerokość całkowita fotela: 700mm ±20mm |  |  |
| 7 | Wysokość fotela bez stojaka na kroplówki: 1140mm±20mm |  |  |
| 8 | Wysokość fotela ze stojakiem na kroplówki: 1850mm ±20mm |  |  |
| 9 | Szerokość siedziska: 540mm±20mm |  |  |
| 10 | Wysokość siedziska od podłoża: 530m±20mm |  |  |
| 11 | Wysokość siedziska od podnóżków: 380mm±20mm |  |  |
| 12 | Możliwość mycia ciśnieniowego ramy fotela. |  |  |
| 13 | Wyprofilowane rączki do prowadzenia fotela w pozycji pionowej, powlekane materiałem antypoślizgowym. |  |  |
| 14 | Fotel wyposażony w duże pełne koła tylne o średnicy co najmniej 30 cm, zaopatrzone w całkowite osłony zabezpieczające mechanizm kół przed zanieczyszczeniem oraz koła przednie skrętne o średnicy co najmniej 12cm. |  |  |
| 15 | Fotel wyposażony w centralny hamulec nożny, uruchamiany jednym dotknięciem stopy (nie dopuszcza się fotela transportowego z funkcją hamulca z regulacją na kołach) |  |  |
| 16 | Fotel wyposażony w 2 przyciski funkcyjne nożne, usytuowane z tyłu wózka centralnie: hamulec i jazda kierunkowa. |  |  |
| 17 | Odchylane i wyprofilowane podłokietniki. Podłokietniki odchylane poza oparcie pleców. |  |  |
| 18 | Automatycznie składane podnóżki z funkcją odwodzenia na boki. |  |  |
| 19 | Podnóżki powlekane wyprofilowanym materiałem antypoślizgowym. Wypustki w podnóżkach obsługiwane stopą. |  |  |
| 20 | Kółka przeciw wywrotne wbudowane w ramę fotela. |  |  |
| 21 | Sztywna rama umożliwiająca wsuwanie jednego fotela w drugi. |  |  |
| 22 | Uchwyt na kartę montowany za oparciem fotela. |  |  |
| 23 | Chromowany stojak na kroplówki montowany na stałe, nieskładany. Załączona okrągła końcówka stojaka z min. 5 haczykami. |  |  |
| 24 | Uchwyt na butlę z tlenem, montowany za siedziskiem fotela. |  |  |
| 25 | Dwie niezależne podpórki pod łydki składane pod siedzisko, samoblokujące się, zwalniane dźwigniami ręcznymi. |  |  |

***\* w powyższej tabeli kolumnę nr 3 wypełnia Wykonawca wpisując odpowiednio TAK lub NIE***

***UWAGA! Nie spełnienie parametrów wymaganych przez Zamawiającego spowoduje odrzucenie oferty w zakresie Części nr 1***

Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym zgodnie z zapisami SWZ

Załącznik nr 1

Do SWZ nr NLO-3820-02/TP/26

|  |  |
| --- | --- |
| *(nazwa Wykonawcy)* | **FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**  **CZĘŚĆ NR 2 – Wyposażenie Oddziału Geriatrycznego (II)** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Stawka**  **/Kwota VAT** | **Wartość brutto** |
| 1. | Wózek oddziałowy | 1 sztuka |  |  |  |  |
| 2. | Wózek medyczny, mobilny, narzędziowy | 1 sztuka |  |  |  |  |
|  | **RAZEM:** |  |  |  |  |  |

**OFERUJEMY** przedmiot zamówienia o następujących parametrach technicznych (Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji - zawarte w cenie oferty - i dostępne w oferowanym produkcie w chwili złożenia oferty.):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia:**   1. **Wózek oddziałowy – 1 sztuka**   **Model/typ oferowanego sprzętu: ………………………………………………… Producent/firma: ……………………………………………………**  **Rok produkcji: 2025r./2026r.** | | | |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia – wymagania minimalne** | Potwierdzenie spełnienia wymagań minimalnych **TAK/NIE\***  *Wypełnia wykonawca* | W przypadku spełnienia jednocześnie wymagań minimalnych oraz przy parametrach urządzenia wyższych niż minimalne należy podać parametry oferowane  *Wypełnia Wykonawca* |
| 1 | Długość: 965 mm |  |  |
| 2 | Szerokość: 425 mm |  |  |
| 3 | Wysokość: 905 mm |  |  |
| 4 | Metalowy szkielet lakierowany proszkowo |  |  |
| 5 | 3 półki |  |  |
| 6 | Wyjmowana nierdzewna taca |  |  |
| 7 | Wyjmowane pojemniki tworzywowe |  |  |
| 8 | Worek na odpady z przykryciem |  |  |
| 9 | Druciany koszyk |  |  |
| 10 | Cztery koła jezdne, w tym dwa z blokadą |  |  |
| **Przedmiot zamówienia:**   1. **Wózek medyczny, mobilny, narzędziowy – 1 sztuka**   **Model/typ oferowanego sprzętu: ………………………………………………… Producent/firma: ……………………………………………………**  **Rok produkcji: 2025r./2026r.** | | | |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia – wymagania minimalne** | Potwierdzenie spełnienia wymagań minimalnych **TAK/NIE\***  *Wypełnia wykonawca* | W przypadku spełnienia jednocześnie wymagań minimalnych oraz przy parametrach urządzenia wyższych niż minimalne należy podać parametry oferowane  *Wypełnia Wykonawca* |
| 1 | Wymiary całkowite: 750 x 500 x 850-1300 mm |  |  |
| 2 | Wymiar blatu: 750 x 500 mm |  |  |
| 3 | Wymiar powierzchni użytkowej blatu min. 740 x 490 mm |  |  |
| 4 | W całości ze stali kwasoodpornej gat. 0H18N9 |  |  |
| 5 | 1 x blat z podniesionym rantem |  |  |
| 6 | Blat podnoszony ręcznie (regulacja w zakresie 850-1300 mm) |  |  |
| 7 | Podstawa na 4 kołach w obudowie stalowej ocynkowanej, w tym 2 z blokadą. |  |  |

***\* w powyższej tabeli kolumnę nr 3 wypełnia Wykonawca wpisując odpowiednio TAK lub NIE***

***UWAGA! Nie spełnienie parametrów wymaganych przez Zamawiającego spowoduje odrzucenie oferty w zakresie Części nr 2***

Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym zgodnie z zapisami SWZ

Załącznik nr 1

Do SWZ nr NLO-3820-02/TP/26

|  |  |
| --- | --- |
| *(nazwa Wykonawcy)* | **FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**  **CZĘŚĆ NR 3 – Wyposażenie Oddziału Geriatrycznego (III)** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Stawka**  **/Kwota VAT** | **Wartość brutto** |
| 1. | Kozetka medyczna | 2 sztuki |  |  |  |  |
| 2. | Taboret medyczny | 5 sztuk |  |  |  |  |
| 3. | Stanowisko do pobierania krwi | 1 sztuka |  |  |  |  |
|  | **RAZEM:** |  |  |  |  |  |

**OFERUJEMY** przedmiot zamówienia o następujących parametrach technicznych (Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji - zawarte w cenie oferty - i dostępne w oferowanym produkcie w chwili złożenia oferty.):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia:**   1. **Kozetka medyczna – 2 sztuki**   **Model/typ oferowanego sprzętu: ………………………………………………… Producent/firma: ……………………………………………………**  **Rok produkcji: 2025r./2026r.** | | | |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia – wymagania minimalne** | Potwierdzenie spełnienia wymagań minimalnych **TAK/NIE\***  *Wypełnia wykonawca* | W przypadku spełnienia jednocześnie wymagań minimalnych oraz przy parametrach urządzenia wyższych niż minimalne należy podać parametry oferowane  *Wypełnia Wykonawca* |
| 1 | Długość: 1900 cm |  |  |
| 2 | Szerokość: 550 cm |  |  |
| 3 | Wysokość: 550 cm |  |  |
| 4 | Regulacja kąta pochylenia segmentu zagłówka |  |  |
| 5 | Maksymalne obciążenie: 180 kg |  |  |
| 6 | Stół wykonany z rur stalowych, pokrytych lakierem proszkowym |  |  |
| 7 | Tapicerowane segmenty leża oraz zagłówka |  |  |
| 8 | Konstrukcja odporna na środki dezynfekcyjne |  |  |
| 9 | Koła jezdne. |  |  |
| **Przedmiot zamówienia:**   1. **Taboret medyczny – 5 sztuk**   **Model/typ oferowanego sprzętu: ………………………………………………… Producent/firma: ……………………………………………………**  **Rok produkcji: 2025r./2026r.** | | | |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia – wymagania minimalne** | Potwierdzenie spełnienia wymagań minimalnych **TAK/NIE\***  *Wypełnia wykonawca* | W przypadku spełnienia jednocześnie wymagań minimalnych oraz przy parametrach urządzenia wyższych niż minimalne należy podać parametry oferowane  *Wypełnia Wykonawca* |
| 1 | Taboret wykonany z wysokiej jakości stali  (z miękkim, wytrzymałym siedziskiem) |  |  |
| 2 | Wysokość min. 590 mm |  |  |
| 3 | Wysokość max. 780 mm |  |  |
| 4 | Średnica siedziska min. 390 mm |  |  |
| 5 | Grubość siedziska: 100 mm |  |  |
| 6 | Średnica podstawy: 600 mm |  |  |
| 7 | Pneumatycznie regulowana wysokość siedziska |  |  |
| 8 | Kółka jezdne |  |  |
| **Przedmiot zamówienia:**   1. **Stanowisko do pobierania krwi – 1 sztuka**   **Model/typ oferowanego sprzętu: ………………………………………………… Producent/firma: ……………………………………………………**  **Rok produkcji: 2025r./2026r.** | | | |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia – wymagania minimalne** | Potwierdzenie spełnienia wymagań minimalnych **TAK/NIE\***  *Wypełnia wykonawca* | W przypadku spełnienia jednocześnie wymagań minimalnych oraz przy parametrach urządzenia wyższych niż minimalne należy podać parametry oferowane  *Wypełnia Wykonawca* |
| 1 | Stanowisko, które umożliwia sprawną realizację procedur iniekcji zarówno na prawym, jak i lewym przedramieniu |  |  |
| 2 | Minimum jeden podłokietnik |  |  |
| 3 | Całkowita szerokość min. 80 cm |  |  |
| 4 | Całkowita długość min. 80,5 cm |  |  |
| 5 | Szerokość podstawy min. 70 cm |  |  |
| 6 | Długość podstawy min. 70 cm |  |  |
| 7 | Całkowita wysokość max. 85 cm |  |  |
| 8 | Masa stanowiska max. 17 kg |  |  |
| 9 | Dopuszczalne obciążenia do 120 kg |  |  |
| 10 | Możliwość regulacji podłokietnika o kąt 180° |  |  |
| 11 | Regulacji wysokości podłokietnika zgodnie z wzrostem pacjenta |  |  |
| 12 | Możliwość zmiany położenia zintegrowanego z siedziskiem oparcia o kąt 90 stopni |  |  |

***\* w powyższej tabeli kolumnę nr 3 wypełnia Wykonawca wpisując odpowiednio TAK lub NIE***

***UWAGA! Nie spełnienie parametrów wymaganych przez Zamawiającego spowoduje odrzucenie oferty w zakresie Części nr 3***

Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym zgodnie z zapisami SWZ

Załącznik nr 1

Do SWZ nr NLO-3820-02/TP/26

|  |  |
| --- | --- |
| *(nazwa Wykonawcy)* | **FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**  **CZĘŚĆ NR 4 – Wyposażenie Oddziału Geriatrycznego (IV)** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Stawka**  **/Kwota VAT** | **Wartość brutto** |
| 1. | Szafa medyczna na leki | 2 sztuki |  |  |  |  |
|  | **RAZEM:** |  |  |  |  |  |

**OFERUJEMY** przedmiot zamówienia o następujących parametrach technicznych (Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji - zawarte w cenie oferty - i dostępne w oferowanym produkcie w chwili złożenia oferty.):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia:**   1. **Szafa medyczna na leki – 2 sztuki**   **Model/typ oferowanego sprzętu: ………………………………………………… Producent/firma: ……………………………………………………**  **Rok produkcji: 2025r./2026r.** | | | |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia – wymagania minimalne** | Potwierdzenie spełnienia wymagań minimalnych **TAK/NIE\***  *Wypełnia wykonawca* | W przypadku spełnienia jednocześnie wymagań minimalnych oraz przy parametrach urządzenia wyższych niż minimalne należy podać parametry oferowane  *Wypełnia Wykonawca* |
| 1 | Wysokość: 1890 mm |  |  |
| 2 | Szerokość: 800 mm |  |  |
| 3 | Głębokość min. 430 mm |  |  |
| 4 | Górny przedział z przeszklonymi drzwiami z zamkiem |  |  |
| 5 | Przedział dolny z pełnymi drzwiami metalowymi z zamkiem |  |  |
| 6 | Szafa wykonana ze blachy stalowej o grubości 0,7-1,0 mm |  |  |
| 7 | Szafa wyposażona w koła jezdne |  |  |
| 8 | Zamek blokujący drzwi w dwóch punktach (góra, dół) |  |  |
| 9 | Półki ze szkła o grubości min. 5 mm o nośności min. 20 kg |  |  |
| 10 | Wsporniki półek wyposażone w antypoślizgowe podkładki |  |  |
| 11 | Półki regulowane co 25 mm |  |  |
| 12 | Drzwi skrzydłowe wypełnione szkłem hartowanym o grubości min. 4 mm |  |  |

***\* w powyższej tabeli kolumnę nr 3 wypełnia Wykonawca wpisując odpowiednio TAK lub NIE***

***UWAGA! Nie spełnienie parametrów wymaganych przez Zamawiającego spowoduje odrzucenie oferty w zakresie Części nr 4***

Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym zgodnie z zapisami SWZ

Załącznik nr 1

Do SWZ nr NLO-3820-02/TP/26

|  |  |
| --- | --- |
| *(nazwa Wykonawcy)* | **FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**  **CZĘŚĆ NR 5 – Wyposażenie Oddziału Geriatrycznego (V)** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Stawka**  **/Kwota VAT** | **Wartość brutto** |
| 1. | Parawan medyczny, systemowy | 5 sztuk |  |  |  |  |
|  | **RAZEM:** |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia:**   1. **Parawan medyczny, systemowy– 5 sztuk**   **Model/typ oferowanego urządzenia: ………………………………………………… Producent/firma: ……………………………………………………**  **Rok produkcji: 2025r./2026r.** | | | |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | Potwierdzenie spełnienia wymagań minimalnych **TAK/NIE\***  *Wypełnia wykonawca* | W przypadku spełnienia jednocześnie wymagań minimalnych oraz przy parametrach urządzenia wyższych niż minimalne należy podać parametry oferowane  *Wypełnia Wykonawca* |
| 1 | Parawan harmonijkowy mobilny siedmioskrzydłowy |  |  |
| 2 | Stelaż z profilu aluminiowego, lakierowany proszkowo na biało |  |  |
| 3 | Wypełnienie stelaża - biała płyta z tworzywa PC (poliwęglan) |  |  |
| 4 | Podstawa stalowa lakierowana proszkowo, wyposażona w koła w obudowie z tworzywa sztucznego o średnicy min. 70 mm, wszystkie z blokadą |  |  |
| 5 | System zabezpieczający przed przypadkowym rozłożeniem się parawanu w stanie złożonym w trakcie prowadzenia |  |  |
| 6 | Max. wysokość całkowita 1700 mm |  |  |
| 7 | Ilość skrzydeł: 7 szt. |  |  |
| 8 | Wymiary jednego skrzydła: 300x1500 mm |  |  |
| 9 | Długość w stanie rozłożonym 2250 mm |  |  |

***\* w powyższej tabeli kolumnę nr 3 wypełnia Wykonawca wpisując odpowiednio TAK lub NIE***

***UWAGA! Nie spełnienie parametrów wymaganych przez Zamawiającego spowoduje odrzucenie oferty w zakresie Części nr 5***

Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym zgodnie z zapisami SWZ