**Nazwa urządzenia:** Fotel do gabinetu lekarskiego **sztuk 15**

**Producent** ..............................................................................................

**Typ i rok produkcji** ..................................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymaganych parametrów technicznych** | **Parametr graniczne wartość** | **Parametry oferowanego**  **urządzenia** |
|  | Fotel biurowy z regulacją siedziska i podparcia pleców |  |  |
|  | Bez zagłówka, mechanizm permanentnego kontaktu |  |  |
|  | Oparcie tapicerowane, osłona plastik |  |  |
|  | Siedzisko tapicerowane w kolorze czarnym |  |  |
|  | Dwa podłokietniki o regulowanej wysokości w kolorze czarnym ,nakładka wykonana z polipropylenu w kolorze czarnym |  |  |
|  | Tapicerka zmywalna , odporna na działanie środków dezynfekcyjnych , |  |  |
|  | Podnośnik pneumatyczny, standardowy |  |  |
|  | Podstawa jezdna 5-ramienna w kolorze czarnym wykonana z poliamidu |  |  |
|  | Kółka o średnicy 50mm do twardych powierzchni , samohamowne |  |  |
|  | Wypełnienie siedziska i podparcia: pianka cięta |  |  |
|  | Kraj producenta |  |  |