**Nazwa urządzenia:** Meble medyczne- Stolik / wózek zabiegowy sztuk 9

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymaganych parametrów technicznych** | **Parametr graniczny/ wartość** | **Parametry oferowanego**  **urządzenia** |
|  | Szerokość całkowita 426 mm (+/- 20 mm) |  |  |
|  | Wysokość całkowita 900 mm (+/- 20 mm) |  |  |
|  | Długość całkowita 970 mm (+/- 20 mm) |  |  |
|  | Metalowy szkielet pokryty lakierem proszkowym |  |  |
|  | Nierdzewna wyjmowana taca w części górnej. |  |  |
|  | Wyjmowane pojemniki tworzywowe 4szt. |  |  |
|  | Worek foliowy z przykryciem. |  |  |
|  | Druciany kosz. |  |  |
|  | Cztery kółka jezdne, w tym dwa z blokadą |  |  |
|  | Gwarancja min. 24miesiące |  |  |
|  | Rok produkcji nie wcześniej niż 2025r. |  |  |
|  | Kraj producenta |  |  |