**MCM/WSM/ZP3/2014**

**Załącznik Nr 2. 8 do SIWZ**

Nazwa wykonawcy: .........................................

Miejscowość : ........................................

Adres wykonawcy : .........................................

**Wymagane Parametry Techniczne**

**PRZYRZĄD DO ĆWICZEŃ STAWU SKOKOWEGO (KRZYŻAK)**

Producent : ………………………….. ( podać )

Oferowany model : ………………………….. ( podać )

Rok produkcji : ………………………………………(podać)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **PARAMETR/WARUNEK** | **Parametr wymagany** |
|  | przyrząd do wykonywania ćwiczeń stawu skokowego wokół osi poziomych wzdłuż i prostopadle do stopy | TAK  |
| 2 | możliwość niezależnej blokady ruchu w każdej osi | TAK |
| 3 | 4 obciążniki | TAK  |
| 4 | waga ok. 12kg | TAK  |
| 5 | Dostawa i montaż  | TAK |
| 6 | serwis gwarancyjny i pogwarancyjny zapewnią firmy wskazane przez Wykonawcę– podać w załączeniu wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania tych czynności( Dz. U. z 2010r. Nr107 poz. 679 art. 90 ust. 4) | TAK |
| 7 | Gwarancja min. 12 miesięcy | TAK |

Uwaga!

**Przedstawione dane techniczne należy potwierdzić odpowiednimi materiałami informacyjnym producenta, folder lub prospekt oferowanego przedmiotu zamówienia potwierdzający spełnienie wymaganych parametrów technicznych zgodnie z opisem w SIWZ.**

**Uwaga!**

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczam, że oferowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do

użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji

Data……………………. .…………………………………………………………………………………………

 (Podpis z pieczątką imienną, lub podpis czytelny osoby

 uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)