**Załącznik nr 1.4. do SWZ**

PARAMETRY TECHNICZNE OFEROWANEGO SPRZĘTU

**CZĘŚĆ NR 4 - PLECAK MEDYCZNY (3) w ilości 6 kpl.**

**Nazwa i typ/model oferowanych: …………………………………………………………….**

**Producent: ……………………………………………………………………………………...**

**Rok produkcji: ………………………………………………………………………………...**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry techniczne** | **Parametry graniczne (wymagane)** | **Podać/ opisać parametry oferowanego sprzętu** |
|  | Plecak medyczny o pojemności **19-21 litrów**przeznaczony do**przenoszenia i przechowywania niezbędnych artykułów pierwszej pomocy**. | TAK |  |
|  | Waga 950-1050 g.**PARAMETR PUNKTOWANY** | **1050 g – 20 pkt.**Inna (w podanym zakresie) – 0 pkt. |  |
|  | Wykonany z odpornej na uszkodzenia i przetarcia **Cordury 700D**. | TAK |  |
|  | Posiada **komorę główną,** do której dostęp umożliwia **dwukierunkowy zamek błyskawiczny**. | TAK |  |
|  | W środku plecaka znajduje **wewnętrzny panel** przyczepiany na **rzep**, na którym naszyto regulowane **linki bungee** służące do przenoszenia niezbędnego wyposażenia medycznego oraz zintegrowane, **elastyczne taśmy**. | TAK |  |
|  | Posiada:* 4 wewnętrzne, transparentne kieszenie z kolorowymi znacznikami i rzepami (zamykane na zamki błyskawiczne),
* zintegrowaną kieszeń wewnętrzną z przegrodami (zamykaną na zamek),
* płaską, wsuwaną kieszeń z tyłu,
* kieszeń na plecach zamykaną na suwak,
* kieszeń z przodu zamykaną na suwak,
* zewnętrzny zaczep z klamrą na nożyczki.
 | TAK |  |
|  | Od strony frontalnej oraz bokach zastosowano **otwory kompatybilne z systemem MOLLE,** wykonane w technologii Laser Cut. | TAK |  |
|  | System nośny stanowią **odpinane, szerokie pasy naramienne** wyłożone miękkim materiałemoraz **pas biodrowy i pas piersiowy.** Elementy są zapinane na klamry i wyposażone w **możliwość regulacji**, co pozwala na odpowiednie dopasowanie do sylwetki użytkownika. | TAK |  |
|  | W zestawie znajdują się **dwa adaptery** pozwalające na przymocowanie plecaka bezpośrednio do kamizelki taktycznej oraz płachta identyfikacyjna w jaskrawym kolorze. | TAK |  |
|  | Kolor oliwkowy. | TAK |  |
|  | Wymiary 43-46 x 25-28 x 8-10 cm.**PARAMETR PUNKTOWANY** | **46x28x10 cm – 20 pkt.**Inne (w podanym zakresie) – 0 pkt. |  |

**UWAGA:**

Warunki wymagalne stanowią wymagania odcinające - nie spełnienie nawet jednego z ww. wymagań, wpisanie odpowiedzi NIE lub brak wpisu w kolumnie „Parametry oferowane” lub podanie nie prawdziwej informacji spowoduje odrzucenie oferty. W przypadku ofert producentów Zamawiający wymaga zaoferowania urządzeń istniejących na rynku. Nie dopuszczalne są oferty, w których Oferent proponuje spełnienie warunków SWZ „na zamówienie”. Zamawiający może żądać przedłożenia oryginalnych folderów producenta lub instrukcji w języku angielskim lub polskim w celu potwierdzenia oferowanych parametrów. W przypadku braku potwierdzenia wartości oferowanych parametrów Zamawiający odrzuca ofertę.

W sytuacjach wątpliwości co do prawdziwości oferowanych parametrów Zamawiający przyjmuje za prawdziwe dane pochodzące z oficjalnych folderów producenta (w postaci drukowanej lub pobranych ze strony internetowych producenta). W przypadkach spornych Zamawiający może żądać prezentacji sprzętu lub u Zamawiającego lub w jednostce służby zdrowia na terenie kraju.

**OŚWIADCZENIE:**

Niniejszym oświadczam, że oferowany powyżej wyspecjalizowane urządzenie jest kompletne i będzie po uruchomieniu gotowe do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

........................................... dn. ........................

*miejscowość*

……..……………………….…….....................................................................

elektroniczny podpis[[1]](#footnote-1) Wykonawcy/ osoby (osób) uprawnionej

do występowania w imieniu Wykonawcy lub podmiotu

udostępniającego zasoby/ osoby (osób) uprawnionej do

występowania w imieniu podmiotu

1. Kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty [↑](#footnote-ref-1)