Zadanie 4 – Urządzenie do monitorowania NMT

Lp	Nazwa	jm	Ilość	Cena jednost netto	Cena jednostk brutto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent
1	Urządzenie do monitorowania NMT	szt	1						
							Razem:		

.....,dnia .....

.....
(podpis osoby – osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
wraz z pieczątką imienną)

Załącznik nr 2 do SIWZ nr SPZOZ/PN/15/2013

DANE OGÓLNE
NAZWA.....
TYP/ MODEL .....NA KATALOGOWY.....
ROK PRODUKCJI.....ROK WPROWADZENIA DO PRODUKCJI.....
KRAJ PRODUKCJI..... WYKONAWCA /PRODUCENT.....

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WYMAGANYCH

Zadanie 4 – Urządzenie do monitorowania NMT

Lp.	Parametr / warunek	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Aparat przenośny do monitorowania działania środków zwiotczających z zastosowaniem akceleromiografii w trakcie zabiegów operacyjnych lub w Oddziałach Intensywnej Terapii	TAK	
2.	Tryby stymulacji: - TOF – Seria Poczwórna - PTC - Impuls 1Hz - Impuls 0,1 Hz -DBS 3.3 i 3.2 – salwa dwóch impulsów - Stymulacja tężcowa 5s – 50Hz lub 100Hz	TAK	
3.	Możliwość zastosowania jako stymulatora nerwów obwodowych	TAK	
4.	Możliwość zastosowania do lokalizacji nerwów w trakcie wykonywania znieczuleń regionalnych	TAK	

W przypadku, gdy w rubryce „PARAMETR WYMAGANY” wymagana jest odpowiedź TAK, to Wykonawca jest zobowiązany do potwierdzenia jej w rubryce „, parametr oferowany”

Każda inna zostanie uznana za NIE, co spowoduje odrzucenie oferty.

Należy potwierdzić przez zaznaczenie w opisie technicznym oferowanego sprzętu, każdy wymagany przez Zamawiającego parametr.

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów

.....dnia.....

.....
(podpis osoby osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
wraz z pieczątką imienną)