**PCZ/II-ZP/15/2019 Załącznik nr 2.2 do SIWZ**

**ZESTAWIENIE WARUNKÓW I PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Pakiet 2 – Wyposażenie sali rehabilitacyjnej**

**Uwaga! Zamawiający w Pakiecie 2 wymaga kompletnej, pełnej oferty.**

Osoba wyznaczona do kontaktu w sprawie realizacji zamówienia: ………………………………………

……………………………………………………………………tel. ………………………………………….

**1 – KABINA UGUL Z OSPRZĘTEM**

**Ilość: 1 sztuka**

Producent: ………………………………………………………………………………………………………

Nazwa-model/typ: ……………………………………………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ..…………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru/warunek** | **Warunki wymagane, konieczne do spełnienia** | **Parametry oferowanego aparatu****PODAĆ/OPISAĆ** |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy | TAK |  |
|  | Rok produkcji 2019 | TAK |  |
|  | Kabina do ćwiczeń i zawieszeń | TAK |  |
|  | Wysokość: 2000 mm | TAK |  |
|  | Szerokość: 2000 mm | TAK |  |
|  | Długość: 2000 mm | TAK |  |
|  | ~~Rozstaw podpór: 1800 - 2100 mm~~ | ~~TAK~~ | Parametr wykreślony-zgodnie z odp. na pyt. z dn. 20.08.2019r. |
|  | W zestawie:- Linka długość 1600 mm – 8 szt.,- Linka długość 960 mm – 6 szt., - Linka długość 2450 mm – 1szt.,- Linka długość 5720 mm – 1 szt.,- Linka długość 3750 mm – 3 szt.,- Podwieszka przedramion i podudzi 100x420 – 4 szt., - Podwieszka ud i ramion 145x540 – 4 szt., - Podwieszka pod miednicę 230x750 - 2szt., - Podwieszka klatki piersiowej 230x700 x100 1 szt.,- Podwieszka pod głowę 170x540 – 1 szt., - Podwieszka stóp 75x540 - 4szt., - Podwieszka dwustawowa - 4szt., - Pas do wyciągu za miednicę uniwersalny – 1 szt,- Podwieszka kamaszki skórzane – 1 szt.,- Ciężarek miękki 0,5kg - 2szt., - Ciężarek miękki 1kg - 2szt., - Ciężarek miękki 1,5kg - 2szt., - Ciężarek miękki 2kg - 2szt., - Ciężarek miękki 2,5kg - 2szt. - Ciężarek miękki 3kg – 1 szt.,- Esik - 30 szt. | TAK |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |
|  | Certyfikat, deklaracja zgodności, potwierdzające spełnianie norm unijnych i polskich CE, wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych – Wykonawca dostarczy wraz z towarem | TAK |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim, wraz z kodami serwisowymi oferowanych urządzeń – Wykonawca dostarczy wraz z towarem | TAK |  |
|  | **Podać inne funkcje i akcesoria wliczone w cenę** | PODAĆ |  |

**2 – TABLICA DO ĆWICZEŃ MANUALNYCH**

**Ilość: 1 sztuka**

Producent: ………………………………………………………………………………………………………

Nazwa-model/typ: ……………………………………………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ..…………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru/warunek** | **Warunki wymagane, konieczne do spełnienia** | **Parametry oferowanego aparatu****PODAĆ/OPISAĆ** |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy | TAK |  |
|  | Rok produkcji 2019 | TAK |  |
|  | Tablica do ćwiczeń manipulacyjnych ręki z oporem. | TAK |  |
|  | Wykonanie tablicy: sklejka | TAK |  |
|  | Całość zamontowana na stalowej podstawie lakierowanej proszkowo, umożliwiającej regulację wysokości | TAK |  |
|  | Stopki z olejoodpornej gumy eliminujące wpływy nierówności podłogi | TAK |  |
|  | Wyposażenie: cztery obciążniki o wadze 0,25 kg oraz esy i pięć linek zamontowanych do przyrządu. | TAK |  |
|  | Wysokość: 40 – 63 cm | TAK |  |
|  | Wymiary: szerokość 53 cm/długość 73 cm  | TAK |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
|  | Certyfikat, deklaracja zgodności, potwierdzające spełnianie norm unijnych i polskich CE, wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych – Wykonawca dostarczy wraz z towarem | TAK |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim, wraz z kodami serwisowymi oferowanych urządzeń – Wykonawca dostarczy wraz z towarem | TAK |  |
|  | **Podać inne funkcje i akcesoria wliczone w cenę** | PODAĆ |  |

**3 – LUSTRO KOREKCYJNE TRZYCZĘŚCIOWE Z SIATKĄ POSTUROGRAFICZNĄ METALOWE**

**Ilość: 1 sztuka**

Producent: ………………………………………………………………………………………………………

Nazwa-model/typ: ……………………………………………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ..…………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru/warunek** | **Warunki wymagane, konieczne do spełnienia** | **Parametry oferowanego aparatu****PODAĆ/OPISAĆ** |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy | TAK |  |
|  | Rok produkcji 2019 | TAK |  |
|  | Lustro korekcyjne ze skrzydłami bocznymi, wyposażone w kółka umożliwiające łatwe przemieszczanie | TAK |  |
|  | Rama lustra wykonana z kształtowników stalowych | TAK |  |
|  | Środkowy element lustra z naciętą siatką posturograficzną | TAK |  |
|  | Wysokość całkowita: 190 cm | TAK |  |
|  | Szerokość całkowita: 225 cm (75 cm x 3 skrzydła) | TAK |  |
|  | Wysokość skrzydła: 166 cm | TAK |  |
|  | Szerokość skrzydła: 75 cm | TAK |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
|  | Certyfikat, deklaracja zgodności, potwierdzające spełnianie norm unijnych i polskich CE, wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych – Wykonawca dostarczy wraz z towarem | TAK |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim, wraz z kodami serwisowymi oferowanych urządzeń – Wykonawca dostarczy wraz z towarem | TAK |  |
|  | **Podać inne funkcje i akcesoria wliczone w cenę** | PODAĆ |  |

**4 – PORĘCZE DO NAUKI CHODZENIA**

 **Ilość: 1 sztuka**

Producent: ………………………………………………………………………………………………………

Nazwa-model/typ: ……………………………………………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ..…………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru/warunek** | **Warunki wymagane, konieczne do spełnienia** | **Parametry oferowanego aparatu****PODAĆ/OPISAĆ** |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy | TAK |  |
|  | Rok produkcji 2019 | TAK |  |
|  | Poręcze do nauki chodzenia wykonane na stalowej konstrukcji | TAK |  |
|  | Długość pochwytów 3000 mm | TAK |  |
|  | Rozstaw pochwytów 350-750 mm | TAK |  |
|  | Regulacja wysokości pochwytów 630 mm-1150 mm. | TAK |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
|  | Certyfikat, deklaracja zgodności, potwierdzające spełnianie norm unijnych i polskich CE, wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych – Wykonawca dostarczy wraz z towarem | TAK |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim, wraz z kodami serwisowymi oferowanych urządzeń – Wykonawca dostarczy wraz z towarem | TAK |  |
|  | **Podać inne funkcje i akcesoria wliczone w cenę** | PODAĆ |  |

**5 – MATY REHABILITACYJNE**

**Ilość: 4 sztuki**

Producent: ………………………………………………………………………………………………………

Nazwa-model/typ: ……………………………………………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ..…………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru/warunek** | **Warunki wymagane, konieczne do spełnienia** | **Parametry oferowanego aparatu****PODAĆ/OPISAĆ** |
|  | Mata fabrycznie nowa | TAK |  |
|  | Rok produkcji 2019 | TAK |  |
|  | Profesjonalna mata gimnastyczna, piankowa do ćwiczeń rehabilitacyjnych i fitnessu. | TAK |  |
|  | Wymiary (dł. x szer. x gr.):185 cm x 60 cm x 15mm | TAK |  |
|  | Powłoka antybakteryjna | TAK |  |
|  | Odporna na działanie wilgoci | TAK |  |
|  | Antypoślizgowa | TAK |  |
|  | Zastosowanie: wewnątrz budynków, na zewnątrz budynków, w wodzie | TAK |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
|  | Certyfikat, deklaracja zgodności, potwierdzające spełnianie norm unijnych i polskich CE, wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych – Wykonawca dostarczy wraz z towarem | TAK |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim, wraz z kodami serwisowymi oferowanych urządzeń – Wykonawca dostarczy wraz z towarem | TAK |  |
|  | **Podać inne funkcje i akcesoria wliczone w cenę** | PODAĆ |  |

**6 – DRABINKA REHABILITACYJNA**

**Ilość: 4 sztuki**

Producent: ………………………………………………………………………………………………………

Nazwa-model/typ: ……………………………………………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ..…………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru/warunek** | **Warunki wymagane, konieczne do spełnienia** | **Parametry oferowanego aparatu****PODAĆ/OPISAĆ** |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy | TAK |  |
|  | Rok produkcji 2019 | TAK |  |
|  | Drabinka rehabilitacyjna 250x90 cm | TAK |  |
|  | Wykonana z tarcicy iglastej | TAK |  |
|  | Polakierowana dwukrotnie lakierem bezbarwnym | TAK |  |
|  | Połączenia drewniane klejone za pomocą kleju wodoodpornego | TAK |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
|  | Certyfikat, deklaracja zgodności, potwierdzające spełnianie norm unijnych i polskich CE, wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych – Wykonawca dostarczy wraz z towarem | TAK |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim, wraz z kodami serwisowymi oferowanych urządzeń – Wykonawca dostarczy wraz z towarem | TAK |  |
|  | **Podać inne funkcje i akcesoria wliczone w cenę** | PODAĆ |  |

**7 – PRZYRZĄD DO CWICZEŃ STAWU SKOKOWEGO**

**Ilość: 1 sztuka**

Producent: ………………………………………………………………………………………………………

Nazwa-model/typ: ……………………………………………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ..…………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru/warunek** | **Warunki wymagane, konieczne do spełnienia** | **Parametry oferowanego aparatu****PODAĆ/OPISAĆ** |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy | TAK |  |
|  | Rok produkcji 2019 | TAK |  |
|  | Urządzenie do ćwiczeń stawu skokowego umożliwiające ćwiczenie w pozycji siedzącej: zginanie, rozciąganie, przywodzenie, uprowadzenia albo rotacji podczas ćwiczeń z obciążeniem jak i bez obciążenia | TAK |  |
|  | Regulacja kąta obrotu osi podłużnej stopy: ±35° | TAK |  |
|  | Regulacja kąta obrotu osi poprzecznej stopy: ±35° | TAK |  |
|  | Regulacja obciążenia osi podłużnej stopy: 0 - 1kg | TAK |  |
|  | Regulacja obciążenia osi poprzecznej stopy: 0 - 1kg | TAK |  |
|  | Wymiary: dł. 565 mm x szer.435 mm x wys.290 mm | TAK |  |
|  | Waga obciążnika: 1kg | TAK |  |
|  | Waga urządzenie bez obciążników: 6kg | TAK |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
|  | Certyfikat, deklaracja zgodności, potwierdzające spełnianie norm unijnych i polskich CE, wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych – Wykonawca dostarczy wraz z towarem | TAK |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim, wraz z kodami serwisowymi oferowanych urządzeń – Wykonawca dostarczy wraz z towarem | TAK |  |
|  | **Podać inne funkcje i akcesoria wliczone w cenę** | PODAĆ |  |

**8 – KULA Z SADAŁAMI DO ĆWICZEŃ STAWU SKOKOWEGO**

**Ilość: 1 sztuka**

Producent: ………………………………………………………………………………………………………

Nazwa-model/typ: ……………………………………………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ..…………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru/warunek** | **Warunki wymagane, konieczne do spełnienia** | **Parametry oferowanego aparatu****PODAĆ/OPISAĆ** |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy | TAK |  |
|  | Rok produkcji 2019 | TAK |  |
|  | Platforma do balansowania przeznaczona do ćwiczeń równowagi oraz do ćwiczeń proprioreceptorycznych. | TAK |  |
|  | Wykończone wysokiej jakości lakierem w celu łatwego utrzymania i długiego użytkowania. | TAK |  |
|  | Rodzaj elementu balansującego: wycinek kuli | TAK |  |
|  | Kształt platformy: kołowy | TAK |  |
|  | Wymiary platformy: 35 cm | TAK |  |
|  | Wysokość platformy: 72 mm | TAK |  |
|  | Max. obciążenie: 150 kg | TAK |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
|  | Certyfikat, deklaracja zgodności, potwierdzające spełnianie norm unijnych i polskich CE, wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych – Wykonawca dostarczy wraz z towarem | TAK |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim, wraz z kodami serwisowymi oferowanych urządzeń – Wykonawca dostarczy wraz z towarem | TAK |  |
|  | **Podać inne funkcje i akcesoria wliczone w cenę** | PODAĆ |  |

**9 – PLATFORMA BALANCE**

**Ilość: 1 sztuka**

Producent: ………………………………………………………………………………………………………

Nazwa-model/typ: ……………………………………………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ..…………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru/warunek** | **Warunki wymagane, konieczne do spełnienia** | **Parametry oferowanego aparatu****PODAĆ/OPISAĆ** |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy | TAK |  |
|  | Rok produkcji 2019 | TAK |  |
|  | Poduszka wykonana z miękkiej gąbki, przeznaczona do ćwiczenia równowagi, koordynacji i stabilności. | TAK |  |
|  | Poduszka wykonana z materiału ograniczającego jej ślizganie się po podłożu lub w specjalnie profilowaną powierzchnię zapewniającą stabilność. | TAK |  |
|  | Zastosowanie: ćwiczenie równowagi, koordynacji i reakcji, stabilizacji posturalnej | TAK |  |
|  | Wymiary (dł. x szer. x gr.): 50 cm x ok.41 cm x ok.6 cm | TAK |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
|  | Certyfikat, deklaracja zgodności, potwierdzające spełnianie norm unijnych i polskich CE, wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych – Wykonawca dostarczy wraz z towarem | TAK |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim, wraz z kodami serwisowymi oferowanych urządzeń – Wykonawca dostarczy wraz z towarem | TAK |  |
|  | **Podać inne funkcje i akcesoria wliczone w cenę** | PODAĆ |  |

**10 – PIŁKA REHABILITACYJNA 45 cm**

**Ilość: 1 sztuka**

Producent: ………………………………………………………………………………………………………

Nazwa-model/typ: ……………………………………………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ..…………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru/warunek** | **Warunki wymagane, konieczne do spełnienia** | **Parametry oferowanego aparatu****PODAĆ/OPISAĆ** |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy | TAK |  |
|  | Rok produkcji 2019 | TAK |  |
|  | Piłka gimnastyczna o średnicy 45 cm | TAK |  |
|  | Materiał: tworzywo sztuczne | TAK |  |
|  | Odporna na ciężar i zadrapania | TAK |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
|  | Certyfikat, deklaracja zgodności, potwierdzające spełnianie norm unijnych i polskich CE, wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych – Wykonawca dostarczy wraz z towarem | TAK |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim, wraz z kodami serwisowymi oferowanych urządzeń – Wykonawca dostarczy wraz z towarem | TAK |  |
|  | **Podać inne funkcje i akcesoria wliczone w cenę** | PODAĆ |  |

**11 – PIŁKA REHABILITACYJNA 75 cm**

**Ilość: 2 sztuki**

Producent: ………………………………………………………………………………………………………

Nazwa-model/typ: ……………………………………………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ..…………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru/warunek** | **Warunki wymagane, konieczne do spełnienia** | **Parametry oferowanego aparatu****PODAĆ/OPISAĆ** |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy | TAK |  |
|  | Rok produkcji 2019 | TAK |  |
|  | Piłka gimnastyczna o średnicy 75 cm | TAK |  |
|  | Materiał: tworzywo sztuczne | TAK |  |
|  | Odporna na duży ciężar i zadrapania | TAK |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
|  | Certyfikat, deklaracja zgodności, potwierdzające spełnianie norm unijnych i polskich CE, wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych – Wykonawca dostarczy wraz z towarem | TAK |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim, wraz z kodami serwisowymi oferowanych urządzeń – Wykonawca dostarczy wraz z towarem | TAK |  |
|  | **Podać inne funkcje i akcesoria wliczone w cenę** | PODAĆ |  |

**12 – PÓŁWAŁEK 60x40x20 cm**

**Ilość: 4 sztuki**

Producent: ………………………………………………………………………………………………………

Nazwa-model/typ: ……………………………………………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ..…………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru/warunek** | **Warunki wymagane, konieczne do spełnienia** | **Parametry oferowanego aparatu****PODAĆ/OPISAĆ** |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy | TAK |  |
|  | Rok produkcji 2019 | TAK |  |
|  | Półwałek wykonany z wysokiej jakości materiału skóropodobnego | TAK |  |
|  | Wymiary:(dł.60 cm x szer.40 cm x wys.20 cm)  | TAK |  |
|  | Wysokoplastyczna, odporna na odkształcenia pianka | TAK |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
|  | Certyfikat, deklaracja zgodności, potwierdzające spełnianie norm unijnych i polskich CE, wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych – Wykonawca dostarczy wraz z towarem | TAK |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim, wraz z kodami serwisowymi oferowanych urządzeń – Wykonawca dostarczy wraz z towarem | TAK |  |
|  | **Podać inne funkcje i akcesoria wliczone w cenę** | PODAĆ |  |

**13 – PÓŁWAŁEK 60x18x12 cm**

**Ilość: 2 sztuki**

Producent: ………………………………………………………………………………………………………

Nazwa-model/typ: ……………………………………………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ..…………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru/warunek** | **Warunki wymagane, konieczne do spełnienia** | **Parametry oferowanego aparatu****PODAĆ/OPISAĆ** |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy | TAK |  |
|  | Rok produkcji 2019 | TAK |  |
|  | Półwałek wykonany z wysokiej jakości materiału skóropodobnego | TAK |  |
|  | Wymiary:(dł.60 cm x szer.18 cm x wys.12 cm)  | TAK |  |
|  | Wysokoplastyczna, odporna na odkształcenia pianka | TAK |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
|  | Certyfikat, deklaracja zgodności, potwierdzające spełnianie norm unijnych i polskich CE, wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych – Wykonawca dostarczy wraz z towarem | TAK |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim, wraz z kodami serwisowymi oferowanych urządzeń – Wykonawca dostarczy wraz z towarem | TAK |  |
|  | **Podać inne funkcje i akcesoria wliczone w cenę** | PODAĆ |  |

**UWAGI:**

* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
* Oświadczamy iż dostarczymy na swój koszt materiały potrzebne do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

........................................................................

 Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy