**Załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego**

………………………………

(pieczęć Wykonawcy)

**FORMULARZ - OPIS PRZEDMIOTU OFERTY**

Zamówienie pn. „Zakup sprzętu medycznego” w ramach projektu p.n.: „DOSTĘPNOŚĆ DLA PACJENTÓW Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI W MIEJSKIM OŚRODKU ZDROWIA W ZIELONCE” realizowanego w ramach Dostępność Plus dla zdrowia (POWR.05.02.00-00-0044/18), Działanie 5.2 Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

**Opis proponowanego rozwiązania potwierdzający, że przedmiot oferty spełnia wymagania**

**określone przez Zamawiającego**

(Wykonawca zobowiązany jest do wskazania **producenta oraz modelu** – jeśli są, oferowanego sprzętu wraz ze wszystkimi niezbędnymi komponentami i parametrami technicznymi dla spełnienia określonych wymagań Zamawiającego przedstawionych w Zapytaniu ofertowym).

W ramach zadania zostanie zakupiony sprzęt medyczny, który wyposaży gabinety placówki POZ w celu dostosowania ich do potrzeb pacjentów o ograniczonej sprawności (spełnienie wymagań Standardów Dostępności Plus).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Producent** | | **(wpisać)** |  | | |
| **Typ / model** | | **(wpisać)** |  | | |
| **L.p.** | **Opis proponowanego rozwiązania** | | |  |  |
| 1 | Podnośnik podłogowy – szt. 2 | | | | |
| 2 | Pionizator – 2 szt. | | | | |
| 3 | Wózek inwalidzki – 4 szt. | | | | |
| 4 | Leżanka elektryczna – 12 szt. | | | | |
| 5 | Defibrylator – 1 szt. | | | | |
| 6 | Waga medyczna do ważenia pacjentów na wózkach inwalidzkich – 1 szt. | | | | |
| 7 | Lupa elektroniczna – 3 szt. | | | | |

UWAGA:

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

......................, data ………… 2021 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pieczątka i podpis Wykonawcy lub

osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy\*

(\*UWAGA: podpis nieczytelny jest dopuszczalny wyłącznie z pieczątką imienną osoby składającej podpis)