Załącznik nr 1

WYKAZ ZAMAWIANEGO WYPOSAŻENIA

1. Zamawiający:
Lubelskie Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum Dobrego Samarytanina"
ul. Bernardyńska 11A; 20-109 Lublin
tel./fax 81 743-65-55,

2. Wykonawca:

L.p.	Nazwa(y) Wykonawcy(ów)	Adres(y) Wykonawcy(ów)	Numer telefonu i faksu	Adres e-mail
1.				
2.				

L.p.	**Opis wymaganych granicznych parametrów zamawianego sprzętu**	**Ilość sztuk**	**a) Producent oferowano sprzętu** **b) Model oferowanego sprzętu** ***(proszę podać opis i parametry, okres gwarancji, załączyć prospekty)***	**Cena jedn. brutto w PLN**	**Wartość brutto w PLN**
1.	**Fotel lekarski:** - Obrotowy, stabilna konstrukcja, ergonomiczne, szerokie wygodne siedzisko i oparcie, podłokietniki. - Wyposażony w system ruchowy zapewniający optymalny komfort siedzenia pozwalająca ograniczyć uciążliwości związane z pracą w pozycji siedzącej, w szczególności regulacja wysokości siedziska, pochylenia, - Siedzisko i oparcia pokryte łatwo zmywalną tkaniną,	6	a) …….. b) …….. Okres gwarancji …….. miesięcy		

L.p.	**Opis wymaganych granicznych parametrów zamawianego sprzętu**	**Ilość sztuk**	**a) Producent oferowano sprzętu** **b) Model oferowanego sprzętu** ***(proszę podać opis i parametry, okres gwarancji, załączyć prospekty)***	**Cena jedn. brutto w PLN**	**Wartość brutto w PLN**
	- Pięć jezdnych kółek, - Kolor do uzgodnienia - Okres gwarancji minimum 12 miesiące Przykładowy Fotel obrotowy lekarski – np. Manager, Relax SG-24H, Atlanta,				
				ŁĄCZNIE WARTOŚĆ BRUTTO	

Słownie złotych: ……..

Oświadczamy, że oferowane fotele są kompletne i po zmontowaniu będą gotowe do użytkowania.

……, dnia ……

……
(pieczęć i podpis osoby upoważnionej)