Załącznik nr 1

do zapytania ofertowego nr UOB.2600.11.2024

|  |
| --- |
| Nazwa i adres Wykonawcy |

**Specyfikacja techniczna oferowanego przedmiotu zamówienia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I. Aparat powietrzny (4 szt.)** | | |
| Producent, model, typ: ………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………………………. | | |
| **Lp.** | **Minimalne parametry  wymagane przez Zamawiającego** | **Parametry oferowane przez Wykonawcę** |
| 1. | Zgodny z normą EN 137:2006 | TAK / NIE \* |
| 2. | Noszak ergonomiczny z min. 2 (dwoma) uchwytami bocznymi | TAK / NIE \*  liczba uchwytów bocznych  ……………………… |
| 3. | Manometr wysokiego ciśnienia od 0 bar do 400 bar, chroniony gumową osłoną przed uderzeniami | TAK / NIE \*  ………….. bar |
| 4. | Sygnalizator akustyczny z aktywacją alarmu ciśnienia od 55 bar do 60 bar o natężeniu alarmu powyżej 90 dBA | TAK / NIE \*  …………… bar  natężenie alarmu …………… |
| 5. | Reduktor przystosowany do ciśnienia 200 lub 300 bar | TAK / NIE \*  ……….….. bar |
| 6. | Automat oddechowy umożliwiający swobodne oddychanie przy każdym tempie pracy | TAK / NIE \* |
| 7. | Maska nadciśnieniowa, panoramiczna z taśmami nagłowia, posiadająca świadectwo dopuszczenia CNBOP | TAK/NIE \* |
| 8. | Butla stalowa o pojemności 6 l i ciśnieniu roboczym 300 bar, posiadająca certyfikat Urzędu Dozoru Technicznego | TAK/NIE \* |
| 9. | Kompatybilny ze sprzętem (Fenzy) | TAK/NIE \* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **II. Maska nadciśnieniowa, panoramiczna (4 szt.)** | | |
| Producent, model, typ: ………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………….. | | |
| **Lp.** | **Minimalne parametry  wymagane przez Zamawiającego** | **Parametry oferowane przez Wykonawcę** |
| 1. | Świadectwo dopuszczenia CNBOP | TAK / NIE \* |
| 2. | Taśmy nagłowia | TAK / NIE \* |
| 3. | Wizjer z powłoką antyzdrapaniową | TAK / NIE \* |
| 4. | Komora foniczna i półmaska | TAK / NIE \* |
| 5. | Wykonana z miękkiego tworzywa | TAK / NIE \* |
| 6. | Szczelnie przylega do twarzy | TAK / NIE \* |
| 7. | Kompatybilny ze sprzętem (Fenzy) | TAK/NIE \* |

……………………, dnia ……………….

..…...…………....…………………………………..

pieczątka i podpis osób(-y) upoważnionych(-ej)

do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika Wykonawcy

\* niewłaściwe skreślić

**UWAGA!**

**Aparat powietrzny i maska nadciśnieniowa muszą być kompatybilne ze sprzętem (Fenzy) użytkowanym w OSP Toszek.**

**Niespełnienie przez Wykonawcę któregokolwiek z wymaganych przez Zamawiającego parametrów technicznych lub kompatybilności spowoduje odrzucenie oferty.**