Załącznik nr 2

do Szczegółowych warunków konkursu ofert

**INFORMACJA**

**O PODSTAWOWYM SPRZĘCIE I APARATURZE**

**Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań diagnostycznych dla potrzeb POZ w Makowie Mazowieckim Polikliniki w Ciechanowie**

**Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj sprzętu lub aparatury medycznej** | **Rok produkcji** | **Parametry** **/dane techniczne/** | **Atesty, zezwolenia** | **Podstawa dysponowania aparaturą** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 (data, pieczęć i podpis Oferenta –

 osoby upoważnionej)