#### **Załącznik nr 10 do SWZ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nr referencyjny nadany sprawie przez Zamawiającego | **ROK.271.1.2024** |  |

1. **WYKAZ OFEROWANEGO SPRZĘTU**

**dla postępowania na roboty budowlane w trybie podstawowym bez negocjacji**

**pn. „Zakup samochodu przeznaczonego do przewozu osób niepełnosprawnych w ramach Programu wyrównywania różnic między regionami III Osiek”**

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Gmina Osiek,** **Osiek 85, 87-340 Osiek / pow. brodnicki**

**WYKONAWCA:**

**…………………………………………………………………………….**(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

**…………………………………………………………………………….** (imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Samochód przeznaczony do przewozu osób niepełnosprawnych** Oferowany model (nazwa, numer wersji/modelu) **…………………………………………………………………………….**

Producent **…………………………………………………………………………….**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Samochód przeznaczony do przewozu osób niepełnosprawnych** | | |
| **Lp.** | **Opis wymagań minimalnych** | **Parametry techniczne oferowanego sprzętu**  **(tj. wskazanie konkretnego parametru lub potwierdzenie opisu minimalnych wymagań TAK/NIE)** |
| **SILNIK** | | |
| 1. | Rodzaj silnika: Wysokoprężny; | **……………………………………….** |
| 2. | Pojemność skokowa: 1900 cm3; | **……………………………………….** |
| 3. | Moc silnika: 140 KM; | **……………………………………….** |
| **POZOSTAŁE WYMAGANIA** | | |
| 1. | Skrzynia biegów: manualna 5 lub 6 biegów + bieg wsteczny; | **……………………………………….** |
| 2. | Dodatkowy komplet opon zimowych; | **……………………………………….** |
| 3. | Pełnowymiarowe koło zapasowe - 1 szt.; | **……………………………………….** |
| 4. | Lusterka boczne ogrzewane; | **……………………………………….** |
| 5. | Szyby przednie sterowane elektrycznie; | **……………………………………….** |
| 6. | Hamulce tarczowe przód i tył; | **……………………………………….** |
| 7. | Systemy: ABS i ESP; | **……………………………………….** |
| 8. | Poduszka powietrzna kierowcy i pasażera; | **……………………………………….** |
| 9. | Klimatyzacja; | **……………………………………….** |
| 10. | Centralny zamek; | **……………………………………….** |
| 11. | Światła przeciwmgłowe z przodu i tyłu; | **……………………………………….** |
| 12. | Czujniki parkowania tył; | **……………………………………….** |
| 13. | Pełne przeszklenie pojazdu; | **……………………………………….** |
| 14. | Przystosowanie wnętrza do przewozu osoby niepełnosprawnej na wózku inwalidzkim; | **……………………………………….** |
| 15. | Przystosowanie pojazdu bazowego na przewóz 9 osób; |  |
| **WYPOSAŻENIE** | | |
| 1. | kamizelka odblaskowa – 1 szt. | **……………………………………….** |
| 2. | gaśnica – 1 szt. | **……………………………………….** |
| 3. | trójkąt ostrzegawczy – 1 szt. | **……………………………………….** |
| 4. | apteczka z podstawowym wyposażeniem – 1 szt. | **……………………………………….** |
| 5. | oznaczenie pojazdu z przodu i z tyłu tablicami barwy niebieskiej z międzynarodowym symbolem wózka inwalidzkiego barwy białej; | **……………………………………….** |

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w niniejszym wykazie oferowanego sprzętu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………………………………………………………………………….  
 kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty