

Załącznik nr 8 do SWZ  
Załącznik nr 1 do umowy LI.262.2.7.2023

**FORMULARZ CENOWO –TECHNICZNY - zadanie nr 7**

A. Oferuję dostawę przedmiotu zamówienia za cenę:

Lp.	Przedmiot zamówienia	Jednostka miary	Ilość	Cena jednostkowa netto	Wartość netto $6=4 \times 5$	Stawka VAT %	Cena jednostkowa brutto $8=9/4$	Wartość brutto $9=6+7$
1	2	3	4	5	6	7	8	9
I	Aparat do pomiaru ACT	szt.	1	29 900,00	29 900,00	8	32 292,00	32 292,00
Razem cena oferty					29 900,00	-	-	32 292,00

B. Oświadczam, że okres gwarancji na przedmiot zamówienia wynosi 24 miesiące.

Oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny z niżej wskazanymi parametrami:

<u>Aparat do pomiaru ACT– 1 szt.</u>		<p>Typ ACTALYCKE MINI II</p> <p>Model 5755</p> <p>Producent HELENA LABORATORIES</p> <p>Kraj pochodzenia USA</p>
1.	Rok produkcji	2023
2.	Certyfikat CE	
3.	Aparat do pomiaru czasu krzepnięcia krwi	
4.	Podwójny detektor	
5.	Jedna komora pomiarowa	
6.	Czas pomiaru 0-1500 sekund	
7.	Wymiary: 15 x 12 x 16 cm ( $\pm 0,5$ cm)	
8.	Wymiary wyświetlacza: 8 x 2.5 cm ( $\pm 0,2$ cm)	
9.	Temperatura inkubacji: 36.5°C - 37.5°C	
10.	Aparat kompatybilny z plastikową próbką zawierającą 3 detergenty	
<b>Informacje dodatkowe</b>		
11.	Oferowany sprzęt medyczny musi być kompletny, kompatybilny z akcesoriami, fabrycznie nowy, po instalacji gotowy do użycia zgodnie z jego przeznaczeniem	
12.	Zamawiający wymaga instalacji i uruchomienia sprzętu	
13.	<b>Okres gwarancji min. 24 miesiące</b>	
14.	Wykonanie przeglądów serwisowych – wg zaleceń producenta - w trakcie trwania gwarancji (w tym jeden w ostatnim miesiącu gwarancji)	

15.	Wraz z dostarczonym sprzętem Wykonawca prześle Instrukcję obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej, paszport techniczny, kartę gwarancyjną oraz wykaz podmiotów upoważnionych przez producenta lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów
16.	Szkolenie w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu w miejscu instalacji
17.	Częstość przeglądów wymagana przez producenta zgodnie z instrukcją obsługi.

Częstość przeglądów 12  
MCY

C. Oświadczam, że dostarczony Zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.

D. Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt B i C posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

DOROTA BUJACZ

*Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania  
Wykonawcy*