



## FORMULARZ CENOWO –TECHNICZNY - zadanie nr 5

A. Oferuję dostawę przedmiotu zamówienia za cenę:

Lp.	Przedmiot zamówienia	Jednostka miary	Ilość	Cena jednostkowa netto	Wartość netto 6=4x5	Stawka VAT %	Cena jednostkowa brutto 8=5+7	Wartość brutto 9=4*8
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Aparat do pomiaru ACT	szt.	1	29 900	29 900,00	8	32 292,00	32 292,00
Razem cena oferty				29 000,00	29 000,00	-	-	32 292,00

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

Oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny z niżej wskazanymi parametrami:

<b><u>Aparat do pomiaru ACT - 1 szt.</u></b>		Typ ACTALYCKE MINI II Model 5755 Producent HELENA LABORATORIES Kraj pochodzenia USA
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 (± 0,5 cm)	
8.	Wymiary wyświetlacza: 8 x 2.5 cm (± 0,2 cm)	
9.	Temperatura inkubacji: 36.5°C - 37.5°C	
10.	Aparat kompatybilny z plastikową próbkówką 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 przekaze 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 CO 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 uwierzytelniającego oświadczenie kwalifikowanym  
podpisem elektronicznym



SZPITAL UNIWERSYTECKI

---

im. Karola Marcinkowskiego  
w Zielonej Górze Sp. z o.o.