**Załącznik nr 7 do SWZ**

 **Załącznik nr 1 do umowy LI.262.3.6.2023**

**FORMULARZ CENOWO –TECHNICZNY - zadanie nr 6**

 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=9/4* | **Wartość***brutto**9=6+7* |
|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| **I** | **Stół operacyjny z fotelem operatora oraz asysty** | **szt.** | **2** |  |  |  |  |  |
| **Razem cena oferty** |  | **-** | **-** |  |

**B. Oświadczam, że okres gwarancji na przedmiot zamówienia wynosi……………..miesięcy.**

Oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny z niżej wskazanymi parametrami:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Stół operacyjny z fotelem operatora oraz asysty – 2 szt.**
 | Typ ………………………....Model …………………...….Producent…………………..Kraj pochodzenia ………….. |
|  | Rok produkcji | 2023 |
|  | Certyfikat CE |
|  | Stoły przeznaczony do zabiegów operacyjnych w zakresie **chirurgii okulistycznej** |
|  | Stoły z hydraulicznie składanymi czteroma elementami blatu |
|  | Możliwość zamontowania dodatkowego podgłówka na już istniejącym |
|  | Regulacja wzdłużna, teleskopowa podgłówka z możliwością regulacji jego kąta nachylenia pod kark pacjenta |
|  | Długość segmentu nożnego min. 580 mm |
|  | Długość segmentu podudzia min. 470mm |
|  | Długość segmentu tułowia min. 540mm |
|  | Zagłówek z możliwością wzdłużnej regulacji min 185 mm. |
|  | Regulacja hydrauliczna ruchu stołu góra / dół w zakresie od 580 do 870 mm ±10 mm, prędkość regulacji 9,5 -12,5 mm/s |
|  | Zakres regulacji kąta nachylenia zagłówka od -45° do +25°, prędkość regulacji 4- 6 °/s |
|  | Zakres regulacji kąta nachylenia tułowia od -22º do +80°, prędkość regulacji 1,7-7,6 °/s |
|  | Zakres regulacji kąta nachylenia podudzia od -9° do +25°, prędkość regulacji 2,1- 8,4 °/s |
|  | Zakres regulacji kąta nachylenia dolnej części nóg od -74 º do + 28º, prędkość regulacji 2,7 - 11,27 °/s |
|  | Maksymalna długość całkowita stołu nie mniej niż 1983 mm |
|  | Szerokość stołu min. 765 mm |
|  | Waga stołu max. 160 kg |
|  | Maksymalne obciążenie stołu 250kg (± 10kg) |
|  | Maksymalne obciążenie zagłówka nie mniej niż 30 kg |
|  | Maksymalne obciążenie dolnej części nóg nie mniej niż 60 kg |
|  | Zakres poprawnej pracy urządzenia w temperaturach +10°C - +40°C |
|  | Możliwość regulacji pilotem ustawień stołu z możliwością zapamiętania 8 pozycji stołu |
|  | Możliwość wyposażenia w opcjonalny sterownik nożny umożliwiający sterowanie poszczególnymi segmentami, lub sterownik umożliwiający sterowanie segmentami z możliwością przywołania 1 z 8 zapisanych pozycji stołu |
|  | Możliwość szybkiego montażu wielu elementów dodatkowych do części ruchomych stołu |
|  | Główny wyłącznik prądu |
|  | Pokrycie stołu umożliwiające szybką dezynfekcje — możliwość zdjęcia każdego materaca na czas dezynfekcji |
|  | Możliwość jednoczesnego zainstalowania przewodowego sterownika nożnego i ręcznego |
|  | Konstrukcja stołu wykonana ze stali nierdzewnej bez pokryw lakierniczych |
|  | Konstrukcja blatu stołu wykonana z płyty klejonej |
|  | Stół na podstawie jezdnej z manualną/nożną blokadą kół |
|  | Stół wyposażony w podstawę jezdną z 4 skrętnymi , antystatycznymi kołami o średnicy 120 mm (+10 mm) wyposażonymi w 4 dźwignie blokujące. |
|  | Stół wyposażony w metolowe rączki rozmieszczone symetrycznie względem osi stołu, na segmencie nożnym, oraz dodatkowe, chowane rączki umieszczone symetrycznie względem osi stołu pod segmentem tułowia |
|  | Bezszwowe obicie stołu operacyjnego wykonane z materiału antystatycznego o grubości min. 55 mm. Wszystkie elementy obicia indywidualnie demontowane. Materac części tułowia wypełniony tworzywem typu wisko-elastycznym. |
|  | Stół wyposażony w elastyczny pałąk anestezjologiczny z możliwością podłączenia tlenu  |
|  | Stół wyposażony w podłokietnik anestezjologiczny z pasem silikonowym umożliwiającym przypięcie ramienia pacjenta  |
|  | W segmencie tułowia stół wyposażony w zintegrowane symetryczne podłokietniki |
|  | Stół wyposażony w ring zagłówkowy umożliwiający podparcie nadgarstków operatora  |
|  | Stół wyposażony w silikonowe pasy umożliwiające przypięcie pacjenta – 2 szt. |
|  | Stół wyposażony w magnetyczny uchwyt na sterownik ręczny  |
|  | Stół wyposażony w stojak na kroplówki  |
|  | Diody informujące o stanie baterii, konieczności ładowania oraz procesie ładowania. |
|  | Wymienny akumulator 24V |
|  | Czas pracy przy w pełni naładowanej baterii co najmniej 1 tydzień |
|  | Stół wyposażony w przewodowy sterownik ręczny  |
|  | Kolor tapicerki: czarny |
|  | **Fotel operatora** |
|  | Fotel chirurgiczny z podłokietnikami z elektryczną regulacją wysokości siedziska |
|  | Konstrukcja ze stali nierdzewnej, bez pokryw lakierniczych |
|  | Maksymalne obciążenie 150 kg (±3 kg) |
|  | Podstawa jezdna na pięciu podwójnych kółkach o średnicy min. 65 mm z centralnym hamulcem elektrycznym, kolorowa diodaInformująca o statusie pracy hamulca |
|  | Regulacja wysokości w zakresie 500 mm÷750 mm ( ±l0 mm) (bez tapicerki) |
|  | Regulacja wysokości za pomocą przycisków nożnych umieszonych na podstawie fotela |
|  | Pamięć dwóch pozycji wysokości fotela |
|  | Podłokietniki regulowane na wysokość w zakresie 270÷370 mm, kątowo +55°/-52° oraz wzdłużnie 110 mm z możliwością aktywacji regulacji przez chirurga za pomocą ramienia zwalniającego, bez utraty sterylności. |
|  | Regulacja podłokietników bez blokad śrubowych |
|  | Regulacja pochylenia siedziska +5°/-8° |
|  | Siedzisko o wymiarach 400×360mm (±10 mm) |
|  | Regulacja wysokości oparcia 70 mm (±10 mm) |
|  | Regulacja pochylnia oparcia -18°/+4° |
|  | Zasilanie z akumulatora wbudowanego w podstawę fotela, z łatwą jego wymianą na akumulator zapasowy |
|  | Sygnalizowanie stanu naładowania akumulatora: wizualnie (kolorowa dioda) oraz dźwiękowo |
|  | Drugi akumulator zapasowy |
|  | Ładowarka ze wskaźnikiem stanu ładowania |
|  | Bezszwowe obicie siedziska, oparcia oraz podłokietników |
|  | Możliwość zamontowania regulowanych wzdłużnie i kątowo platform,. na sterowniki nożne do mikroskopu i aparatu fako |
|  | Kolor tapicerki: niebieski/fioletowy |
|  | **Fotel dla asysty** |
|  | Fotel chirurga przeznaczony do zabiegów operacyjnych w zakresie okulistyki |
|  | Fotel z nożną regulacją wysokości siedziska w zakresie 480- 680 mm ( ± 2 %) |
|  | Fotel z regulacją obrotu oparcia w zakresie 0-25° i regulacją wysokości oparcia w zakresie 0-100 mm |
|  | Fotel z regulacją pochylenia oparcia w zakresie od +6° do -16° |
|  | Fotel z ergonomicznie wyprofilowanym siedziskiem |
|  | Siedzisko fotela, o wymiarach 460×60×420 mm ( ± 2 %), z manualną regulacją pochylenia w zakresie -8° - +5° |
|  | Fotel bez podłokietników |
|  | Fotel wyposażony w chromowaną podstawę jezdną z pięcioma podwójnymi antystatycznymi kółkami o rozmiarze min. 65 mm z podwójną centralna blokadą |
|  | Bezszwowe obicie fotela |
|  | Maksymalne obciążenie 120 kg (±3 kg) |
|  | Kolor tapicerki: niebieski/fioletowy |
|  | **Informacje dodatkowe** |
|  | Oferowany sprzęt medyczny musi być kompletny, kompatybilny z akcesoriami, fabrycznie nowy, po instalacji gotowy do użycia zgodnie z jego przeznaczeniem |
|  | Zamawiający wymaga instalacji i uruchomienia sprzętu |
|  | **Okres gwarancji min. 24 miesiące** |
|  | Wykonanie przeglądów serwisowych – wg zaleceń producenta - w trakcie trwania gwarancji (w tym jeden w ostatnim miesiącu gwarancji)  |
|  | Wraz z dostarczonym sprzętem Wykonawca przekaże 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  |
|  | Szkolenie w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu w miejscu instalacji |
|  | Częstość przeglądów wymagana przez producenta zgodnie z instrukcją obsługi. | Częstotliwość przeglądów …. |

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.

|  |  |
| --- | --- |
|  | ……………………………………………… *Imię i nazwisko osoby uprawionej do reprezentowania* *Wykonawcy* |