**Załącznik nr 3 do SWZ**

 **Załącznik nr 1 do umowy LI.262.5.2.2023**

**FORMULARZ CENOWO –TECHNICZNY - zadanie nr 2**

 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** | **Stymulator zewnętrzny** | **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. **Stymulator zewnętrzny – 2 szt.**
 | Typ ………………………....Model …………………...….Producent…………………..Kraj pochodzenia ………….. |
|  | Rok produkcji | 2023 |
|  | Certyfikat CE |
|  | Zasilany baterią, jednojamowy zewnętrzny generator impulsów (EGP), przeznaczony głównie do czasowejstymulacji przeciwdziałającej bradykardii. |
|  | Możliwość zmiany ustawień częstości, impulsu wyjściowego i czułości. |
|  | Zdolność do stymulacji w trybach stymulacji jednojamowej — AAI, AOO, VVI i VOO. |
|  | Czytelne ustawienia częstości, impulsu wyjściowego i czułości. |
|  | Wskaźniki stymulacji i wykrywania — pokazujące interakcje stymulatora czasowego z sercem. |
|  | Wskaźnik niskiego poziomu naładowania baterii. |
|  | Przycisk blokowania/odblokowywania stanowiące zabezpieczenie przed przypadkową zmianą parametrów. |
|  | Urządzenie ze stałą wartością prądu — aktualny impuls wyjściowy jest utrzymywany na stałym poziomie przy emitowaniu impulsuprzez czasowy stymulator.  |
|  | Osłona ochronna zapobiegająca przypadkowemu poruszaniu elementami sterującymi. |
|  | Funkcja autotestu. |
|  | Przycisk zasilania wymagający naciśnięcia i przytrzymania w celu wyłączenia czasowego stymulatora, co zapobieganiezamierzonemu zamknięciu. |
|  | Zabezpieczenie przed niekontrolowanym wzrostem częstości. |
|  | Zabezpieczenie przed wyładowaniem defibrylacyjnym: przez wewnętrzne wyładowania defibrylacyjne o energii maksymalnie 50 J oraz zewnętrzne wyładowania defibrylacyjne o energii maksymalnie 360 J. |
|  | Ciągłe działanie w trakcie wymiany baterii przez co najmniej 30 s. |
|  | Zabezpieczenie elektrostatyczne. |
|  | Zminimalizowana podatność na zakłócenia elektromagnetyczne i magnetyczne. |
|  | Osłona ochronna elementów sterujących szybkiej stymulacji przedsionkowej zapobiegająca niezamierzonemu użyciu. |
|  | Etykieta ostrzegawcza na elementach sterujących szybkiej stymulacji przedsionkowej. |
|  | W zestawie dwie baterie odpowiednie do urządzenia. |
|  | Czas nieprzerwanego działania urządzenia co najmniej 7 dni |
|  | Wieszak do umieszczenia na stojaku na płyny infuzyjne. |
|  | Tryby stymulacji – Częstość (RATE) o zakresie 30–50 min–1, 50–100 min–1, 100–170 min–1 i 170–200 min–1 oraz tolerancji 30–200 ±2% |
|  | Tryby stymulacji - Częstość RAP o zakresie 80–250min–1, 250–320min–1, 320–430min–1 i 430–800min–1 oraz tolerancji 80–360 ±2% i 370–800 ±4% |
|  | Tryby stymulacji - Amplituda impulsu wyjściowego o zakresie 0,1–0,4 mA, 0,4–1,0 mA, 1,0–5,0 mA i 5,0–25 mA oraz tolerancji 0,1–20 mA większa z wartości: ±0,1 mA lub ±10% (200–1000 Ω), 20–25 mA ±10% (200–500 Ω) |
|  | Tryby stymulacji - Szerokość impulsu (stała) 1,5 ms ±10% |
|  | Tryby stymulacji - Impedancja wejściowa) 40 000 Ω |
|  | Tryby stymulacji - Czułość 0,4–1mV i 01,0–3,0mV oraz tolerancji ±55% |
|  | **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*  |
|  |  |