**Załącznik nr 8 do SWZ**

 **Załącznik nr 1 do umowy LI.262.3.7.2023**

**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=4x5* | **Stawka VAT***%* | **Cena****jednostkowa***brutto**8=9/4* | **Wartość***brutto**9=6+7* |
|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| **I** | **Urządzenie do podgrzewania płynów infuzyjnych** | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **Razem cena oferty** |  | **-** | **-** |  |

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

Oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny z niżej wskazanymi parametrami:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Urządzenie do podgrzewania płynów infuzyjnych– 1 szt.**
 | Typ ………………………....Model …………………...….Producent…………………..Kraj pochodzenia ………….. |
|  | Rok produkcji | 2023 |
|  | Certyfikat CE |
|  | Umożliwia podgrzewanie płynów infuzyjnych, diuretyków, leków anestezjologicznych, pokarmów dla noworodków, płynów irygacyjnych, środków kontrastowych i wlewowych. |
|  | Umożliwia podgrzewanie optyk endoskopowych, narzędzi i instrumentów oraz produktów płynnych i stałych wymagających podwyższonej temperatury. |
|  | Dwie całkowicie niezależne szuflady. |
|  | Dwa tryby pracy: manualny i automatyczny. |
|  | Mikroprocesorowy system kontroli i regulacji temperatury. |
|  | Pamięć zaprogramowanych ustawień temperatury i czasu. |
|  | Cyfrowy wyświetlacz temperatury zadanej i rzeczywistej oraz czasu. |
|  | Podwójne zabezpieczenie przed przegrzaniem. |
|  | Alarm wizualny sygnalizujący otwarcie szuflady. |
|  | Alarm dźwiękowy sygnalizujący otwarcie szuflady dłużej niż minutę. |
|  | Automatyczne domykanie szuflad. |
|  | Cztery koła z hamulcami u podstawy. |
|  | Uchwyt i blokada transportowa. |
|  | Podgrzewanie zawartości w zakresie min. 28-70 Celsjusza. |
|  | Ilość komór roboczych: 2. |
|  | Objętość komory roboczej 2 x 40L (± 2 l) |
|  | Pobór mocy komory roboczej w trybie aktywnym: max. 2 x 150W |
|  | Pobór mocy komory roboczej w trybie czuwania: max. 2 x 20W |
|  | Napięcie 200-240V AC 50-60 Hz |
|  | Klasa bezpieczeństwa elektrycznego: 1 |
|  | Głębokość wewnętrzna: 700 mm (± 2 cm) |
|  | Wysokość zewnętrzna 940 mm(± 5 cm) |
|  | Szerokość zewnętrzna: 440 mm(± 2 cm) |
|  | **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* |
|  |  |