**Załącznik nr 4 do SWZ**

 **Załącznik nr 1 do umowy LI.262.6.3.2023**

**FORMULARZ CENOWO –TECHNICZNY - zadanie nr 3**

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.** | **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 |
|  | Alarm dźwiękowy i optyczny sygnalizujący uszkodzenie czujnika temperatury |
|  | Cztery koła - minimum dwa koła z hamulcami u podstawy |
|  | Uchwyt i blokada transportowa |
|  | Podgrzewanie zawartości w zakresie min. 25-70 Celsjusza |
|  | Ilość komór roboczych: 2 lub jedna komora grzewcza z dwoma szufladami |
|  | Dwie komory robocze, każda po 40L (± 2 l) lub dwie szuflady w ramach jednej komory grzewczej, każda szuflada o pojemności min. 30 L netto |
|  | Pobór mocy komory roboczej w trybie aktywnym: max. 2 x 150W lub dwie szuflady w ramach jednej komory grzewczej o max. poborze mocy 400 W |
|  | Pobór mocy komory roboczej w trybie czuwania: max. 2 x 20W |
|  | Napięcie 220-240V AC 50-60 Hz  |
|  | Klasa bezpieczeństwa elektrycznego: 1 |
|  | Głębokość wewnętrzna: min. 440 mm  |
|  | Wysokość zewnętrzna: min 820 mm |
|  | Szerokość zewnętrzna: min. 350 mm |
|  | **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 uwierzytelniającego oświadczenie kwalifikowanym**podpisem elektronicznym* |
|  |  |