**Załącznik nr 12 do SWZ**

 **Załącznik nr 1 do umowy LI.262.3.11.2023**

**FORMULARZ CENOWO –TECHNICZNY - zadanie nr 11**

 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** | **Fotel zabiegowy** | **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. **Fotel zabiegowy – 2 szt.**
 | Typ ………………………....Model …………………...….Producent…………………..Kraj pochodzenia ………….. |
|  | Rok produkcji | 2023 |
|  | Certyfikat CE |
|  | Stosowany do przeprowadzania badań oraz zabiegów pacjentów m.in: dializ, pobierania krwi, badań okulistycznych, laryngologicznych itp. |
|  | Fotel osadzony na kółkach jezdnych z hamulcem. |
|  | Podstawa fotela wykonana ze stali malowanej farbą proszkową w kolorze białym. |
|  | Tapicerka bezszwowa, skóropodobna odporna na środki do dezynfekcji. |
|  | Wysokość regulowana za pomocą bezprzewodowego pilota ręcznego. |
|  | Oparcie regulowane za pomocą sprężyn gazowych. |
|  | Regulowane podłokietniki. |
|  | Wieszak na podkład w rolce. |
|  | Długość: 140 cm ± 2 %, szerokość: 65 cm± 2 %, wysokość od 51 cm do 71 cm ± 2 %. |
|  | Wymiary podstawy: 111x53 cm ± 2 %. |
|  | Dopuszczalne obciążenie: 150 kg |
|  | Waga: max 75 kg. |
|  | Regulacją kąta podłokietników (w poziomie): 180°. |
|  | Regulacja kąta oparcia: 0° do 70°. |
|  | Wymiar podłokietników: 40 x 15 cm ± 2 %. |
|  | Kolor tapicerki: do wyboru z palety RAL |
|  | **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* |
|  |  |