**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* |
|  |  |