**Załącznik nr 4 do SWZ**

 **Załącznik nr 1 do umowy LI.262.1.3.2023**

**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=9/4* | **Wartość***brutto**9=6+7* |
|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| **1.** | **Asystor kaszlu z osprzętem** | **szt.** | **2** |  |  |  |  |  |
| **Razem cena oferty** |  | **-** | **-** |  |

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

Oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny z niżej wskazanymi parametrami:

|  |  |
| --- | --- |
| **Asystor kaszlu z osprzętem – 2 szt.** | Typ ………………………....Model …………………...….Producent…………………..Kraj pochodzenia ………….. |
|  | Rok produkcji | 2022/2023 |
|  | Certyfikat CE |
|  | Tryb pracy ciągły |
|  | Zestaw do podawania dla jednego pacjenta |
|  | Kabel zasilający min.2 m |
|  | Torba transportowa |
|  | Waga max. 3 kg |
|  | Zasilanie 100-240 VAC ; 50-60 Hz |
|  | Maksymalny pobór mocy 70W |
|  | Max. Ciśnienie 70 cm H2O |
|  | Max. zakres przepływu 15÷250 L/min |
|  | Programy ustawień min 3 programy terapeutyczne o różnych parametrach |
|  | Tryby terapii AUTO / MANUAL / SYNC (z wyzwalaczem oddechowym) |
|  | Ciśnienie wdechu w zakresie 0÷70 cmH2O |
|  | Ciśnienie wydechu w zakresie 0÷-70 cmH2O |
|  | Czas wdechu 0.5÷5 sek |
|  | Czas wydechu 0.5÷5 sek |
|  | Czas pauzy 0÷10 sek |
|  | Liczba cykli OFF – od 1 do 30 |
|  | Liczba cykli (IN) - od 1 do 30 |
|  | Czas narastania ciśnienia regulowany od 1 do 4 |
|  | Oscylacja wdech, wydech lub oba jednocześnie |
|  | Amplituda oscylacji 1÷10 cmH2O |
|  | Częstotliwość drgań 1÷20 Hz |
|  | Możliwość ustawienia ciśnienia 4÷20 cmH2O |
|  | Możliwość blokowania ustawionych parametrów |
|  | Czas terapii regulowany od 0 do 30 min |
|  | Osprzęt (rura i maska do terapii) – 5 szt. na każdy aparat |
|  | **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. |

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*  |
|  |  |