**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* |
|  |  |