**Załącznik nr 9 do SWZ**

**Załącznik nr 1 do umowy LI.262.1.8.2023**

**FORMULARZ CENOWO –TECHNICZNY - zadanie nr 8**

 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=6+7* |
|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| **1.**  | **System drenażu klatki piersiowej** | **szt.** | **7** |  |  |  |  |  |
| **Razem cena oferty** |  | **-** | **-** |  |

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

 Oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny z niżej wskazanymi parametrami:

|  |  |
| --- | --- |
| System drenażu klatki piersiowej - 7 szt. | Typ ………………………....Model …………………...Producent…………………..Kraj pochodzenia …… |
|  | Rok produkcji  | 2023 |
|  | Certyfikat CE |
|  | Przenośny zestaw ssący (max. waga 1 kg) o wymiarach max.10 x 25 x 30 cm z uchwytem i paskiem do przenoszenia |
|  | Pompa ssąca z wbudowanym akumulatorem umożliwiający ciągłą pracę urządzenia nie mniej niż 4 godziny, wyposażona w stację dokującą z uchwytem naszynowym |
|  | Pompa ssąca elektryczna o wydajności 5 l/min i maksymalnym podciśnieniu nie większym niż 10 kPa/100mbar /100 cm H2O przystosowana do ciągłego prowadzenia drenażu klatki piersiowej |
|  | Pompa z elektronicznym system pomiaru i monitorowania parametrów drenażu z wbudowanym panelem elektronicznym z menu obsługi w języku polskim, umożliwiającym sterowanie urządzenia oraz ustawianie i zapisywanie parametrów na wewnętrznej pamięci. |
|  | Wyświetlacz prezentujący podciśnienie i przeciek powietrza w systemie cyfrowym i graficznym |
|  | Możliwość wyświetlenia parametrów (przeciek powietrza,ciśnienia/poziom płynów) w czasie rzeczywistym oraz w postaci trendów z ostatnich 72 godzin. |
|  | System alarmowy (dźwiękowy i wizualny) ostrzegający m.in. o: konieczności wymiany kanistra, zatkaniu drenów, nieszczelności układu, rozładowanej baterii |
|  | Informacje dodatkowe |
|  | Oferowany sprzęt medyczny musi być kompletny, kompatybilne z akcesoriami, fabrycznie nowe, gotowe 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 personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu 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* |