**Załącznik nr 4 do SWZ**

 **Załącznik nr 1 do umowy LI.262.15.3.2023**

**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 |
| **I** | **Mobilny robot rehabilitacyjny górnych partii ciała**  | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **Razem cena oferty** |  |

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

Oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny z niżej wskazanymi parametrami:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Mobilny robot rehabilitacyjny górnych partii ciała - 1 szt.**
 | Typ ………………………....Model …………………...….Producent…………………..Kraj pochodzenia ………….. |
|  | Rok produkcji | 2023 |
|  | Certyfikat CE |
|  | Zmotoryzowany chodzik z pionizatorem |
|  | Wspieranie pacjenta od pozycji siedzącej do stojącej z użyciem bezpiecznej uprzęży |
|  | Uprzęż umożliwiająca poruszanie się w bezpieczny sposób  |
|  | Uniwersalne szelki wspierające pacjentów podczas podnoszenia i ruszania się, |
|  | Rama pozwalająca na dopasowanie standardowych wózków inwalidzkich |
|  | Sterowanie zmotoryzowane - pilot ręczny, który służy zarówno dla terapeuty i pacjenta |
|  | Na panelu przednim umieszczony przycisk bezpieczeństwa zatrzymujący pracę urządzenia |
|  | Wymiary:- Zewnętrzne: 111,5 x 82,5 x 95,5 cm (± 5%)- Szerokość wewnętrzna: 67,5 cm (± 5%) |
|  | Waga: 41 kg (± 5%) |
|  | Maksymalna masa użytkownika: 159 kg (± 5%) |
|  | Zakres wzrostu pacjenta: od 159,4 cm do 186,4 cm (±5%) |
|  | Zestaw zawiera: akumulator, kabel ładowania akumulatora, pasek stabilizujący i jedną uniwersalną uprzęż bezpieczeństwa. |
|  | **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*  |
|  |  |