**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* |
|  |  |