**Załącznik nr 5 do SWZ**

**Załącznik nr 1 do umowy LI.262.1.4.2023**

**FORMULARZ CENOWO –TECHNICZNY - zadanie nr 4**

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.** | **Wideolaryngoskop** | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **Razem cena oferty** | | | | |  | **-** | **-** |  |

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

Oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny z niżej wskazanymi parametrami:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Wideolaryngoskop - 1 szt. | | | | Typ ………………………....  Model …………………...  Producent…………………..  Kraj pochodzenia …… |
|  | Rok produkcji | 2023 | | |
|  | Certyfikat CE | | | |
|  | Wideolaryngoskop z kompletem łyżek w rozmiarach Mac 2,3,4, w opakowaniu typu walizka | | | |
|  | Kolorowy ekran 3,5”, rozdzielczość 640x480 | | | |
|  | Wbudowany akumulator litowo-jonowy, w komplecie zasilacz | | | |
|  | Możliwość obracania monitora w dwóch płaszczyznach (lewo/prawo: 270°, góra/dół: 120°)+/-2° | | | |
|  | Możliwość rejestracji zdjęć i filmów, pamięć 4GB (3500 zdjęć lub 2h wideo | | | |
|  | Możliwość transferu zarejestrowanych zdjęć i filmów do komputera | | | |
|  | Kamera CMOS: 2 Mpixele | | | |
|  | Źródło światła: dioda LED: min 800 lux | | | |
|  | Funkcja anti-fog | | | |
|  | Wbudowany port MicroUSB | | | |
|  | Łyżki metalowe, wielorazowe do sterylizacji min. 1000 razy (odporne na moczenie w płynach dezynfekcyjnych, sterylizację niskotemperaturową: gaz lub plazma) | | | |
|  | 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* |