**Załącznik nr 5 do SWZ**

 **Załącznik nr 1 do umowy LI.262.5.4.2023**

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

1. 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** | **Fotele do terapii jednodniowej** | **szt.** | **10** |  |  |  |  |  |
| **Razem cena oferty** |  |  | **-** | **-** |  |

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

Oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny z niżej wskazanymi parametrami:

|  |  |
| --- | --- |
| **Fotele do terapii jednodniowej – 10 szt.** | Typ ………………………….Model ……………………….Producent…………………..Kraj pochodzenia ………….. |
|  | Rok produkcji | 2023 |
|  | Certyfikat CE |
|  | Fotel przeznaczony do ułożenia pacjenta w pozycji siedzącej lub leżącej podczas terapii jednodniowej: podawania cytostatyków, dializ, poboru krwi oraz chemioterapii |
|  | Długość całkowita 215 cm ± 5% |
|  | Minimalna szerokość siedziska 57-60 cm |
|  | Maksymalna szerokość fotela wraz z podłokietnikami 85 cm |
|  | Regulacja segmentu oparcia pleców w zakresie minimum: +74°do -15° |
|  | Elektryczna regulacja oparcia, siedziska, wysokości oraz podudzia, za pomocą pilota.Regulacja segmentu podudzia w zakresie minimum: -35°do+15°Regulacja wysokości leża w zakresie minimalnym 55-75 cm (±1 cm) |
|  | Przechył Trendelenburga w zakresie min. -14° |
|  | Konstrukcja fotela wykonana z metalowych elementów – malowanych proszkowo |
|  | Waga fotela ≤ 70kg |
|  | Maksymalne obciążenie ≥ 180 kg |
|  | Fotel przejezdny na 4 kołach o średnicy 7-10 cm z możliwością blokady kół |
|  | Segment podudzia wyposażony w tapicerowany podnóżek o regulowanym wysuwie. |
|  | Tapicerka wykonana z materiału odpornego na czyszczenie oraz środki dezynfekcyjne |
|  | Możliwość łatwego demontażu materaca oraz poszycia bez użycia dodatkowych narzędzi. |
|  | Możliwość wyboru kolorystyki z palety ral po podpisaniu umowy z wykonawcą |
|  | Fotel wyposażony w dwa podłokietniki z regulowaną wysokością oraz kątem ustawienia, w pozycji Trendelenburga składane na równo z segmentem siedziska |
|  | Zintegrowany stojak na kroplówkę |
|  | **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 …………………….. |

***\*w rubryce „Oferowana parametry/funkcje/warunki\*” Wykonawca zobowiązany jest zamieścić wymagane
informacje, tj.: wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.***

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.

|  |  |
| --- | --- |
| …….............…………….., dnia ...............r | ……………………………………………… *Imię i nazwisko osoby uprawionej do reprezentowania* *Wykonawcy uwierzytelniającego oświadczenie kwalifikowanym**podpisem elektronicznym* |
|  |  |