**Załącznik nr 4 do SWZ**

 **Załącznik nr 1 do umowy LI.262.2.3.2023**

**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** | **Kompresor z** **wyposażeniem** | **szt.** | **5** |  |  |  |  |  |
| **Razem cena oferty** |  | **-** | **-** |  |

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

Oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny z niżej wskazanymi parametrami:

|  |  |
| --- | --- |
| **Kompresor z wyposażeniem– 5 szt.** | Typ ………………………....Model …………………...….Producent…………………..Kraj pochodzenia ………….. |
|  | Rok produkcji | 2022/2023 |
|  | Certyfikat CE |
|  | Wyświetlacz LCD min. 3” |
|  | Akumulator litowo-jonowy. Czas pracy min. 6h, czas ładowania przy wyłączonym urządzeniu do 4h |
|  | Typ kompresji: sekwencyjna, gradientowa i obwodowa |
|  | Cykl kompresji max. 11 s na nogi |
|  | Ciągły tryb pracy |
|  | Automatycznie regulowany czas trwania przerw pomiędzy kompresjami dla uda i podudzia w zakresie min. 20 - 50s |
|  | Ciśnienie ucisku na udo i podudzie w zakresie min. 30 – 50 mm Hg +/- 5 mm Hg  |
|  | Stopień ochrony min. IPX3 |
|  | Alarmy dźwiękowe i optyczne |
|  | Regulowany zaczep na łóżko |
|  | Zasilanie 100 – 240 VAC, 50 VA, 50/60 Hz |
|  | Funkcja automatycznego wykrywania założenia mankietu  |
|  | Funkcja wskaźnika zgodności do monitorowania czasu terapii uciskowej |
|  | Funkcja pomiaru czasu potrzebnego na ponowne napełnienie krwią przez kończyny i dostosowania częstotliwości sprężania do maksymalizacji natężenia przepływu |
|  | Mankiet udowy do ucisku sekwencyjnego, trójkomorowy posiadający min. 3 strefy ucisku 45 mm Hg, 40 mm Hg i 30 mm Hg, z łącznikiem trójświatłowym do prowadzenia terapii przeciw zakrzepowej, wykonany z materiału odpornego na rozdarcia, przebicie i zamoczenie – 26 szt. (w tym w rozmiarze L – 6 szt., M – 10 szt., S – 10 szt.) |
|  | **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*  |