**Wykonawca składający ofertę:**

Nazwa i adres

................................................................................................................................

NIP: ..........................................................................................................................

REGON: ...................................................................................................................

Telefon: ....................................................................................................................

E-mail: ......................................................................................................................

Nr KRS lub CEiDG lub innego dokumentu:……………….........................................

**I . OKREŚLENIE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

###### **Klimatyzator ścienny wraz z podłączeniem oraz serwisem w czasie trwania gwarancji - Dział Informatyki - 1 szt.**

Pomieszczenie serwerowni (Klinika Neonatologii), kubatura pomieszczenia 6,8 m3, lokalizacja: bud 1H I piętro, okno: brak. Długość instalacji: linii elektrycznej ok. 10 mb (od rozdzielni do jednostki wew.), linii freonowej ok. 8 mb (prowadzić przez przepust w stropie typu Akerman i dach przez betonowe płyty dachowe), skropliny odprowadzić do instalacji sanitarnej przez zasyfonowanie .

**II . Część do wypełnienia przez przystępującego do postępowania:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | Nazwa urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **2** | Typ urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **3** | Producent |  | | |
|
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **4** | Rok produkcji  Urządzenie fabrycznie nowe nie rekondycjonowane | - Rok produkcji:  ………………………………………………….  - Urządzenie/a fabrycznie nowe nie rekondycjonowane (Tak/Nie – wpisać):  …………………………………………………. | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |
| **5** | Kraj pochodzenia urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |

**6. Warunki gwarancji i serwisu wymagane przez użytkownika, oferta cenowa**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA**  **( podać, opisać )** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Autoryzowany serwis gwarancyjny | *TAK (wpisać pełne dane kontaktowe adres i techniczne środki łączności, nr tel., e-mail. )* |  |
| 2 | Długość udzielanej gwarancji nie mniej niż **24 miesiące** (*podać ilość miesięcy*). | TAK |  |
| 3 | Cena całkowita - ostateczna oferowanego przedmiotu zamówienia (wraz z usługą serwisową w czasie trwania gwarancji) |  | **Cena w PLN:**  Netto: ……………………………  Stawka VAT w %: ……………..  Wartość stawki VAT: …………..  Brutto: …………………………… |

*Wpisać*

**7.Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **Parametry graniczne** | Parametry oferowane  ( podać, opisać ).  Należy szczegółowo opisać każdy oferowany parametr urządzenia/sprzętu |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Chłodzenie | TAK |  |
|  | Grzanie | TAK |  |
|  | Klasa energetyczna A+ | TAK |  |
|  | Praca w trybie cichym | TAK |  |
|  | Wersja inwerter | TAK |  |
|  | Oznakowanie CE | TAK |  |
|  | Atest PHZ | TAK |  |
|  | Filtr antyalergiczny | TAK |  |
|  | Filtr antybakteryjny | TAK |  |
|  | Funkcja osuszania wymiennika | TAK |  |
|  | Moc chłodnicza nie mniejsza niż 2,5 kW | TAK |  |

*Wpisać*

###### **Klimatyzator ścienny wraz z podłączeniem oraz serwisem w czasie trwania gwarancji - Zakład Rehabilitacji- 1 szt.**

Pomieszczenie rejestracji, kubatura pomieszczenia 30m3, lokalizacja: bud 1B I piętro, wymiar okna: 2,1m x 1,7m. Długość instalacji: linii elektrycznej ok. 20 mb (od rozdzielni do jednostki wew.), linii freonowej ok. 6 mb (prowadzić w korytku na zewnątrz budynku przez ścianę grubości ok. 60 cm), skropliny wyprowadzić na zewnątrz pomieszczenia i sprowadzić 30 cm ponad grunt po elewacji w rurce o średnicy nie mniejszej niż fi 25 mm

**II . Część do wypełnienia przez przystępującego do postępowania:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | Nazwa urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **2** | Typ urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **3** | Producent |  | | |
|
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **4** | Rok produkcji  Urządzenie fabrycznie nowe nie rekondycjonowane | - Rok produkcji:  ………………………………………………….  - Urządzenie/a fabrycznie nowe nie rekondycjonowane (Tak/Nie – wpisać):  …………………………………………………. | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **5** | Kraj pochodzenia urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |

**6. Warunki gwarancji i serwisu wymagane przez użytkownika, oferta cenowa**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA**  **( podać, opisać )** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Autoryzowany serwis gwarancyjny | *TAK (wpisać pełne dane kontaktowe adres i techniczne środki łączności, nr tel., e-mail. )* |  |
| 2 | Długość udzielanej gwarancji nie mniej niż **24 miesiące** (*podać ilość miesięcy*). | TAK |  |
| 3 | Cena całkowita - ostateczna oferowanego przedmiotu zamówienia (wraz z usługą serwisową w czasie trwania gwarancji) |  | **Cena w PLN:**  Netto: ……………………………  Stawka VAT w %: ……………..  Wartość stawki VAT: …………..  Brutto: …………………………… |

*Wpisać*

**7.Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **Parametry graniczne** | Parametry oferowane  ( podać, opisać ).  Należy szczegółowo opisać każdy oferowany parametr urządzenia/sprzętu |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Chłodzenie | TAK |  |
|  | Grzanie | TAK |  |
|  | Klasa energetyczna A+ | TAK |  |
|  | Praca w trybie cichym | TAK |  |
|  | Wersja inwerter | TAK |  |
|  | Oznakowanie CE | TAK |  |
|  | Atest PHZ | TAK |  |
|  | Filtr antyalergiczny | TAK |  |
|  | Filtr antybakteryjny | TAK |  |
|  | Funkcja osuszania wymiennika | TAK |  |
|  | Moc chłodnicza nie mniejsza niż 2,5 kW | TAK |  |

*Wpisać*

###### **Klimatyzator ścienny wraz z podłączeniem oraz serwisem w czasie trwania gwarancji - Poradnia Ginekologiczno-Położniczej - 1 szt.**

Poradnia gabinet nr 1031, kubatura 40 m3, lokalizacja: bud 1D I piętro , wymiar okna: 2,1m x 1,7m. Długość instalacji: linii elektrycznej ok. 30 mb (od rozdzielni do jednostki wew.), linii freonowej ok. 8 mb (prowadzić w korytku na zewnątrz budynku przez ścianę grubości ok. 60 cm), skropliny odprowadzić do instalacji sanitarnej przez zasyfonowanie.

**II . Część do wypełnienia przez przystępującego do postępowania:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | Nazwa urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **2** | Typ urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **3** | Producent |  | | |
|
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **4** | Rok produkcji  Urządzenie fabrycznie nowe nie rekondycjonowane | - Rok produkcji:  ………………………………………………….  - Urządzenie/a fabrycznie nowe nie rekondycjonowane (Tak/Nie – wpisać):  …………………………………………………. | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |
| **5** | Kraj pochodzenia urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |

**6. Warunki gwarancji i serwisu wymagane przez użytkownika, oferta cenowa**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA**  **( podać, opisać )** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Autoryzowany serwis gwarancyjny | *TAK (wpisać pełne dane kontaktowe adres i techniczne środki łączności, nr tel., e-mail. )* |  |
| 2 | Długość udzielanej gwarancji nie mniej niż **24 miesiące** (*podać ilość miesięcy*). | TAK |  |
| 3 | Cena całkowita - ostateczna oferowanego przedmiotu zamówienia (wraz z usługą serwisową w czasie trwania gwarancji) |  | **Cena w PLN:**  Netto: ……………………………  Stawka VAT w %: ……………..  Wartość stawki VAT: …………..  Brutto: …………………………… |

*Wpisać*

**7. Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **Parametry graniczne** | Parametry oferowane  ( podać, opisać ).  Należy szczegółowo opisać każdy oferowany parametr urządzenia/sprzętu |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Chłodzenie | TAK |  |
|  | Grzanie | TAK |  |
|  | Klasa energetyczna A+ | TAK |  |
|  | Praca w trybie cichym | TAK |  |
|  | Wersja inwerter | TAK |  |
|  | Oznakowanie CE | TAK |  |
|  | Atest PHZ | TAK |  |
|  | Filtr antyalergiczny | TAK |  |
|  | Filtr antybakteryjny | TAK |  |
|  | Funkcja osuszania wymiennika | TAK |  |
|  | Moc chłodnicza nie mniejsza niż 2,5 kW | TAK |  |

*Wpisać*

###### **Klimatyzator ścienny wraz z podłączeniem oraz serwisem w czasie trwania gwarancji - Poradnia Ginekologiczno-Położniczej - 1 szt.**

Poradnia gabinet nr 1032, kubatura 34 m3, lokalizacja: bud 1D I piętro , wymiar okna: 2,1m x 1,7m. Długość instalacji: linii elektrycznej ok. 35 mb (od rozdzielni do jednostki wew.), linii freonowej ok. 8 mb (prowadzić w korytku na zewnątrz budynku przez ścianę grubości ok. 60 cm), skropliny odprowadzić do instalacji sanitarnej przez zasyfonowanie .

**II . Część do wypełnienia przez przystępującego do postępowania:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | Nazwa urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **2** | Typ urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **3** | Producent |  | | |
|
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **4** | Rok produkcji  Urządzenie fabrycznie nowe nie rekondycjonowane | - Rok produkcji:  ………………………………………………….  - Urządzenie/a fabrycznie nowe nie rekondycjonowane (Tak/Nie – wpisać):  …………………………………………………. | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |
| **5** | Kraj pochodzenia urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |

**6. Warunki gwarancji i serwisu wymagane przez użytkownika, oferta cenowa**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA**  **( podać, opisać )** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Autoryzowany serwis gwarancyjny | *TAK (wpisać pełne dane kontaktowe adres i techniczne środki łączności, nr tel., faxu, e-mail. )* |  |
| 2 | Długość udzielanej gwarancji nie mniej niż **24 miesiące** (*podać ilość miesięcy*). | TAK |  |
| 3 | Cena całkowita - ostateczna oferowanego przedmiotu zamówienia (wraz z usługą serwisową w czasie trwania gwarancji) |  | **Cena w PLN:**  Netto: ……………………………  Stawka VAT w %: ……………..  Wartość stawki VAT: …………..  Brutto: …………………………… |

*Wpisać*

**7.Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **Parametry graniczne** | Parametry oferowane  ( podać, opisać ).  Należy szczegółowo opisać każdy oferowany parametr urządzenia/sprzętu |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Chłodzenie | TAK |  |
|  | Grzanie | TAK |  |
|  | Klasa energetyczna A+ | TAK |  |
|  | Praca w trybie cichym | TAK |  |
|  | Wersja inwerter | TAK |  |
|  | Oznakowanie CE | TAK |  |
|  | Atest PHZ | TAK |  |
|  | Filtr antyalergiczny | TAK |  |
|  | Filtr antybakteryjny | TAK |  |
|  | Funkcja osuszania wymiennika | TAK |  |
|  | Moc chłodnicza nie mniejsza niż 2,5 kW | TAK |  |

*Wpisać*

###### **Klimatyzator ścienny wraz z podłączeniem oraz serwisem w czasie trwania gwarancji - Poradnia Ginekologiczno-Położniczej - 1 szt.**

Poradnia gabinet nr 1033, kubatura pomieszczenia 36 m3, lokalizacja: bud 1D I piętro, wymiar okna: 2,1m x 1,7m Długość instalacji: linii elektrycznej ok. 40 mb (od rozdzielni do jednostki wew.) , linii freonowej ok. 6 mb (prowadzić w korytku na zewnątrz budynku przez ścianę grubości ok. 60 cm), skropliny odprowadzić do instalacji sanitarnej przez zasyfonowanie .

**II . Część do wypełnienia przez przystępującego do postępowania:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | Nazwa urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **2** | Typ urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **3** | Producent |  | | |
|
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **4** | Rok produkcji  Urządzenie fabrycznie nowe nie rekondycjonowane | - Rok produkcji:  ………………………………………………….  - Urządzenie/a fabrycznie nowe nie rekondycjonowane (Tak/Nie – wpisać):  …………………………………………………. | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **5** | Kraj pochodzenia urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |

**6. Warunki gwarancji i serwisu wymagane przez użytkownika, oferta cenowa**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA**  **( podać, opisać )** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Autoryzowany serwis gwarancyjny | *TAK (wpisać pełne dane kontaktowe adres i techniczne środki łączności, nr tel., e-mail. )* |  |
| 2 | Długość udzielanej gwarancji nie mniej niż **24 miesiące** (*podać ilość miesięcy*). | TAK |  |
| 3 | Cena całkowita - ostateczna oferowanego przedmiotu zamówienia (wraz z usługą serwisową w czasie trwania gwarancji) |  | **Cena w PLN:**  Netto: ……………………………  Stawka VAT w %: ……………..  Wartość stawki VAT: …………..  Brutto: …………………………… |

*Wpisać*

**7.Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **Parametry graniczne** | Parametry oferowane  ( podać, opisać ).  Należy szczegółowo opisać każdy oferowany parametr urządzenia/sprzętu |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Chłodzenie | TAK |  |
|  | Grzanie | TAK |  |
|  | Klasa energetyczna A+ | TAK |  |
|  | Praca w trybie cichym | TAK |  |
|  | Wersja inwerter | TAK |  |
|  | Oznakowanie CE | TAK |  |
|  | Atest PHZ | TAK |  |
|  | Filtr antyalergiczny | TAK |  |
|  | Filtr antybakteryjny | TAK |  |
|  | Funkcja osuszania wymiennika | TAK |  |
|  | Moc chłodnicza nie mniejsza niż 2,5 kW | TAK |  |

*Wpisać*

###### **Klimatyzator ścienny wraz z podłączeniem oraz serwisem w czasie trwania gwarancji - Poradnia Patologii Noworodka - 1 szt.**

Pomieszczenie badań USG , kubatura pomieszczenia 21m3, lokalizacja: bud 1D I piętro, wymiar okna: 2,1m x 1,7m Długość instalacji: linii elektrycznej ok. 15 mb (od rozdzielni do jednostki wew.), linii freonowej ok. 8 mb (prowadzić w korytku na zewnątrz budynku przez ścianę grubości ok. 60 cm ) , skropliny odprowadzić do instalacji sanitarnej przez zasyfonowanie .

**II . Część do wypełnienia przez przystępującego do postępowania:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | Nazwa urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **2** | Typ urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **3** | Producent |  | | |
|
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **4** | Rok produkcji  Urządzenie fabrycznie nowe nie rekondycjonowane | - Rok produkcji:  ………………………………………………….  - Urządzenie/a fabrycznie nowe nie rekondycjonowane (Tak/Nie – wpisać):  …………………………………………………. | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **5** | Kraj pochodzenia urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |

**6. Warunki gwarancji i serwisu wymagane przez użytkownika, oferta cenowa**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA**  **( podać, opisać )** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Autoryzowany serwis gwarancyjny | *TAK (wpisać pełne dane kontaktowe adres i techniczne środki łączności, nr tel., e-mail. )* |  |
| 2 | Długość udzielanej gwarancji nie mniej niż **24 miesiące** (*podać ilość miesięcy*). | TAK |  |
| 3 | Cena całkowita - ostateczna oferowanego przedmiotu zamówienia (wraz z usługą serwisową w czasie trwania gwarancji) |  | **Cena w PLN:**  Netto: ……………………………  Stawka VAT w %: ……………..  Wartość stawki VAT: …………..  Brutto: …………………………… |

*Wpisać*

**7.Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **Parametry graniczne** | Parametry oferowane  ( podać, opisać ).  Należy szczegółowo opisać każdy oferowany parametr urządzenia/sprzętu |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Chłodzenie | TAK |  |
|  | Grzanie | TAK |  |
|  | Klasa energetyczna A+ | TAK |  |
|  | Praca w trybie cichym | TAK |  |
|  | Wersja inwerter | TAK |  |
|  | Oznakowanie CE | TAK |  |
|  | Atest PHZ | TAK |  |
|  | Filtr antyalergiczny | TAK |  |
|  | Filtr antybakteryjny | TAK |  |
|  | Funkcja osuszania wymiennika | TAK |  |
|  | Moc chłodnicza nie mniejsza niż 2,5 kW | TAK |  |

*Wpisać*

###### **Klimatyzator ścienny wraz z podłączeniem oraz serwisem w czasie trwania gwarancji - Poradnia Patologii Noworodka - 1 szt.**

Pomieszczenie gabinet lekarski, kubatura pomieszczenia 43m3, lokalizacja: bud 1D I piętro, wymiar okna: 2,1m x 1,7m. Długość instalacji: linii elektrycznej ok. 20 mb (od rozdzielni do jednostki wew.), linii freonowej ok. 8 mb (prowadzić w korytku na zewnątrz budynku przez ścianę grubości ok. 60 cm ), skropliny odprowadzić do instalacji sanitarnej przez zasyfonowanie .

**II . Część do wypełnienia przez przystępującego do postępowania:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | Nazwa urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **2** | Typ urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **3** | Producent |  | | |
|
|
|  |  |  | *Wpisać* |
| **4** | Rok produkcji  Urządzenie fabrycznie nowe nie rekondycjonowane | - Rok produkcji:  ………………………………………………….  - Urządzenie/a fabrycznie nowe nie rekondycjonowane (Tak/Nie – wpisać):  …………………………………………………. | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |
| **5** | Kraj pochodzenia urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |

**6. Warunki gwarancji i serwisu wymagane przez użytkownika, oferta cenowa**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA**  **( podać, opisać )** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Autoryzowany serwis gwarancyjny | *TAK (wpisać pełne dane kontaktowe adres i techniczne środki łączności, nr tel., e-mail. )* |  |
| 2 | Długość udzielanej gwarancji nie mniej niż **24 miesiące** (*podać ilość miesięcy*). | TAK |  |
| 3 | Cena całkowita - ostateczna oferowanego przedmiotu zamówienia (wraz z usługą serwisową w czasie trwania gwarancji) |  | **Cena w PLN:**  Netto: ……………………………  Stawka VAT w %: ……………..  Wartość stawki VAT: …………..  Brutto: …………………………… |

*Wpisać*

**7.Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **Parametry graniczne** | Parametry oferowane  ( podać, opisać ).  Należy szczegółowo opisać każdy oferowany parametr urządzenia/sprzętu |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Chłodzenie | TAK |  |
|  | Grzanie | TAK |  |
|  | Klasa energetyczna A+ | TAK |  |
|  | Praca w trybie cichym | TAK |  |
|  | Wersja inwerter | TAK |  |
|  | Oznakowanie CE | TAK |  |
|  | Atest PHZ | TAK |  |
|  | Filtr antyalergiczny | TAK |  |
|  | Filtr antybakteryjny | TAK |  |
|  | Funkcja osuszania wymiennika | TAK |  |
|  | Moc chłodnicza nie mniejsza niż 2,5 kW | TAK |  |

*Wpisać*

###### **Klimatyzator ścienny wraz z podłączeniem oraz serwisem w czasie trwania gwarancji - sekretariat Dyrektora IT i Logistyki - 1 szt.**

Pomieszczenie sekretariat, kubatura pomieszczenia 43m3, lokalizacja: bud 1D parter, wymiar okna: 2,1m x 1,7m. Długość instalacji: linii elektrycznej ok. 20 mb (od rozdzielni do jednostki wew.), linii freonowej ok. 8 mb (prowadzić w korytku na zewnątrz budynku przez ścianę grubości ok. 60 cm), skropliny wyprowadzić na zewnątrz pomieszczenia i sprowadzić 30 cm ponad grunt po elewacji w rurce o średnicy nie mniejszej niż fi 25 mm

**II . Część do wypełnienia przez przystępującego do postępowania:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | Nazwa urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **2** | Typ urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **3** | Producent |  | | |
|
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **4** | Rok produkcji  Urządzenie fabrycznie nowe nie rekondycjonowane | - Rok produkcji:  ………………………………………………….  - Urządzenie/a fabrycznie nowe nie rekondycjonowane (Tak/Nie – wpisać):  …………………………………………………. | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |
| **5** | Kraj pochodzenia urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |

**6. Warunki gwarancji i serwisu wymagane przez użytkownika, oferta cenowa**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA**  **( podać, opisać )** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Autoryzowany serwis gwarancyjny | *TAK (wpisać pełne dane kontaktowe adres i techniczne środki łączności, nr tel., e-mail. )* |  |
| 2 | Długość udzielanej gwarancji nie mniej niż **24 miesiące** (*podać ilość miesięcy*). | TAK |  |
| 3 | Cena całkowita - ostateczna oferowanego przedmiotu zamówienia (wraz z usługą serwisową w czasie trwania gwarancji) |  | **Cena w PLN:**  Netto: ……………………………  Stawka VAT w %: ……………..  Wartość stawki VAT: …………..  Brutto: …………………………… |

*Wpisać*

**7.Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **Parametry graniczne** | Parametry oferowane  ( podać, opisać ).  Należy szczegółowo opisać każdy oferowany parametr urządzenia/sprzętu |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Chłodzenie | TAK |  |
|  | Grzanie | TAK |  |
|  | Klasa energetyczna A+ | TAK |  |
|  | Praca w trybie cichym | TAK |  |
|  | Wersja inwerter | TAK |  |
|  | Oznakowanie CE | TAK |  |
|  | Atest PHZ | TAK |  |
|  | Filtr antyalergiczny | TAK |  |
|  | Filtr antybakteryjny | TAK |  |
|  | Funkcja osuszania wymiennika | TAK |  |
|  | Moc chłodnicza nie mniejsza niż 2,5 kW | TAK |  |

*Wpisać*

###### **Klimatyzator ścienny wraz z podłączeniem oraz serwisem w czasie trwania gwarancji - Poradnia Foniatryczno-Audiologicznej - 1 szt.**

Pomieszczenie gabinet lekarski, kubatura pomieszczenia 63m3, lokalizacja: bud. 1H parter, wymiar okna: 2,1m x 1,7m. Długość instalacji: linii elektrycznej ok. 20 mb (od rozdzielni do jednostki wew.), linii freonowej ok. 6 mb (prowadzić w korytku na zewnątrz budynku przez ścianę grubości ok. 60 cm ), skropliny wyprowadzić na zewnątrz pomieszczenia i sprowadzić 30 cm ponad grunt po elewacji w rurce o średnicy nie mniejszej niż fi 25 mm

**II . Część do wypełnienia przez przystępującego do postępowania:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | Nazwa urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **2** | Typ urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **3** | Producent |  | | |
|
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **4** | Rok produkcji  Urządzenie fabrycznie nowe nie rekondycjonowane | - Rok produkcji:  ………………………………………………….  - Urządzenie/a fabrycznie nowe nie rekondycjonowane (Tak/Nie – wpisać):  …………………………………………………. | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |
| **5** | Kraj pochodzenia urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |

**6. Warunki gwarancji i serwisu wymagane przez użytkownika, oferta cenowa**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA**  **( podać, opisać )** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Autoryzowany serwis gwarancyjny | *TAK (wpisać pełne dane kontaktowe adres i techniczne środki łączności, nr tel., e-mail. )* |  |
| 2 | Długość udzielanej gwarancji nie mniej niż **24 miesiące** (*podać ilość miesięcy*). | TAK |  |
| 3 | Cena całkowita - ostateczna oferowanego przedmiotu zamówienia (wraz z usługą serwisową w czasie trwania gwarancji) |  | **Cena w PLN:**  Netto: ……………………………  Stawka VAT w %: ……………..  Wartość stawki VAT: …………..  Brutto: …………………………… |

*Wpisać*

**7.Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **Parametry graniczne** | Parametry oferowane  ( podać, opisać ).  Należy szczegółowo opisać każdy oferowany parametr urządzenia/sprzętu |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Chłodzenie | TAK |  |
|  | Grzanie | TAK |  |
|  | Klasa energetyczna A+ | TAK |  |
|  | Praca w trybie cichym | TAK |  |
|  | Wersja inwerter | TAK |  |
|  | Oznakowanie CE | TAK |  |
|  | Atest PHZ | TAK |  |
|  | Filtr antyalergiczny | TAK |  |
|  | Filtr antybakteryjny | TAK |  |
|  | Funkcja osuszania wymiennika | TAK |  |
|  | Moc chłodnicza nie mniejsza niż 2,5 kW | TAK |  |

*Wpisać*

###### **Klimatyzator ścienny wraz z podłączeniem oraz serwisem w czasie trwania gwarancji - Poradnia Przykliniczna Chirurgii Chorób Jelita Grubego i Stomii - 1 szt.**

Pomieszczenie Dermatologicznego gabinetu lekarskiego nr 17, kubatura pomieszczenia 44 m3, lokalizacja: bud 1D parter, wymiar okna: 2,1m x 1,7m. Długość instalacji: linii elektrycznej ok. 30 mb od rozdzielni do jednostki wew.) , linii freonowej ok. 6 mb (prowadzić w korytku na zewnątrz budynku przez ścianę grubości ok. 60 cm ), skropliny odprowadzić do instalacji sanitarnej przez zasyfonowanie .

**II . Część do wypełnienia przez przystępującego do postępowania:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | Nazwa urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **2** | Typ urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **3** | Producent |  | | |
|
|
|  |  |  | *Wpisać* |
| **4** | Rok produkcji  Urządzenie fabrycznie nowe nie rekondycjonowane | - Rok produkcji:  ………………………………………………….  - Urządzenie/a fabrycznie nowe nie rekondycjonowane (Tak/Nie – wpisać):  …………………………………………………. | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |
| **5** | Kraj pochodzenia urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |

**6. Warunki gwarancji i serwisu wymagane przez użytkownika, oferta cenowa**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA**  **( podać, opisać )** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Autoryzowany serwis gwarancyjny | *TAK (wpisać pełne dane kontaktowe adres i techniczne środki łączności, nr tel., e-mail. )* |  |
| 2 | Długość udzielanej gwarancji nie mniej niż **24 miesiące** (*podać ilość miesięcy*). | TAK |  |
| 3 | Cena całkowita - ostateczna oferowanego przedmiotu zamówienia (wraz z usługą serwisową w czasie trwania gwarancji) |  | **Cena w PLN:**  Netto: ……………………………  Stawka VAT w %: ……………..  Wartość stawki VAT: …………..  Brutto: …………………………… |

*Wpisać*

**7.Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **Parametry graniczne** | Parametry oferowane  ( podać, opisać ).  Należy szczegółowo opisać każdy oferowany parametr urządzenia/sprzętu |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Chłodzenie | TAK |  |
|  | Grzanie | TAK |  |
|  | Klasa energetyczna A+ | TAK |  |
|  | Praca w trybie cichym | TAK |  |
|  | Wersja inwerter | TAK |  |
|  | Oznakowanie CE | TAK |  |
|  | Atest PHZ | TAK |  |
|  | Filtr antyalergiczny | TAK |  |
|  | Filtr antybakteryjny | TAK |  |
|  | Funkcja osuszania wymiennika | TAK |  |
|  | Moc chłodnicza nie mniejsza niż 2,5 kW | TAK |  |

*Wpisać*

###### **Klimatyzator ścienny wraz z podłączeniem oraz serwisem w czasie trwania gwarancji - Poradnia Przykliniczna Chirurgii Chorób Jelita Grubego i Stomii - 1 szt.**

Pomieszczenie Chirurgicznego gabinetu lekarskiego nr 22, kubatura pomieszczenia 60 m3, lokalizacja: bud 1D, parter, wymiar okna: 2,1m x 1,7m. Długość instalacji: linii elektrycznej 23 mb (od rozdzielni do jednostki wew.), linii freonowej ok. 6 mb (prowadzić w korytku na zewnątrz budynku przez ścianę grubości ok. 60 cm ), skropliny odprowadzić do instalacji sanitarnej przez zasyfonowanie .

**II . Część do wypełnienia przez przystępującego do postępowania:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | Nazwa urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **2** | Typ urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **3** | Producent |  | | |
|
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **4** | Rok produkcji  Urządzenie fabrycznie nowe nie rekondycjonowane | - Rok produkcji:  ………………………………………………….  - Urządzenie/a fabrycznie nowe nie rekondycjonowane (Tak/Nie – wpisać):  …………………………………………………. | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |
| **5** | Kraj pochodzenia urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |

**6. Warunki gwarancji i serwisu wymagane przez użytkownika, oferta cenowa**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA**  **( podać, opisać )** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Autoryzowany serwis gwarancyjny | *TAK (wpisać pełne dane kontaktowe adres i techniczne środki łączności, nr tel., e-mail. )* |  |
| 2 | Długość udzielanej gwarancji nie mniej niż **24 miesiące** (*podać ilość miesięcy*). | TAK |  |
| 3 | Cena całkowita - ostateczna oferowanego przedmiotu zamówienia (wraz z usługą serwisową w czasie trwania gwarancji) |  | **Cena w PLN:**  Netto: ……………………………  Stawka VAT w %: ……………..  Wartość stawki VAT: …………..  Brutto: …………………………… |

*Wpisać*

**7.Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **Parametry graniczne** | Parametry oferowane  ( podać, opisać ).  Należy szczegółowo opisać każdy oferowany parametr urządzenia/sprzętu |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Chłodzenie | TAK |  |
|  | Grzanie | TAK |  |
|  | Klasa energetyczna A+ | TAK |  |
|  | Praca w trybie cichym | TAK |  |
|  | Wersja inwerter | TAK |  |
|  | Oznakowanie CE | TAK |  |
|  | Atest PHZ | TAK |  |
|  | Filtr antyalergiczny | TAK |  |
|  | Filtr antybakteryjny | TAK |  |
|  | Funkcja osuszania wymiennika | TAK |  |
|  | Moc chłodnicza nie mniejsza niż 2,5 kW | TAK |  |

*Wpisać*

###### **Klimatyzator ścienny wraz z podłączeniem oraz serwisem w czasie trwania gwarancji - Poradnia Przykliniczna Chirurgii Chorób Jelita Grubego i Stomii - 1 szt.**

Pomieszczenie Chirurgicznego gabinetu lekarskiego nr 23 , kubatura pomieszczenia 60 m3, lokalizacja: bud 1D parter, wymiar okna: 2,1m x 1,7m. Długość instalacji: linii elektrycznej ok. 20 mb(od rozdzielni do jednostki wew.) , linii freonowej ok. 6 mb (prowadzić w korytku na zewnątrz budynku przez ścianę grubości ok. 60 cm), skropliny odprowadzić do instalacji sanitarnej przez zasyfonowanie .

**II . Część do wypełnienia przez przystępującego do postępowania:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | Nazwa urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **2** | Typ urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **3** | Producent |  | | |
|
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **4** | Rok produkcji  Urządzenie fabrycznie nowe nie rekondycjonowane | - Rok produkcji:  ………………………………………………….  - Urządzenie/a fabrycznie nowe nie rekondycjonowane (Tak/Nie – wpisać):  …………………………………………………. | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |
| **5** | Kraj pochodzenia urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |

**6. Warunki gwarancji i serwisu wymagane przez użytkownika, oferta cenowa**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA**  **( podać, opisać )** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Autoryzowany serwis gwarancyjny | *TAK (wpisać pełne dane kontaktowe adres i techniczne środki łączności, nr tel., e-mail. )* |  |
| 2 | Długość udzielanej gwarancji nie mniej niż **24 miesiące** (*podać ilość miesięcy*). | TAK |  |
| 3 | Cena całkowita - ostateczna oferowanego przedmiotu zamówienia (wraz z usługą serwisową w czasie trwania gwarancji) |  | **Cena w PLN:**  Netto: ……………………………  Stawka VAT w %: ……………..  Wartość stawki VAT: …………..  Brutto: …………………………… |

*Wpisać*

**7.Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **Parametry graniczne** | Parametry oferowane  ( podać, opisać ).  Należy szczegółowo opisać każdy oferowany parametr urządzenia/sprzętu |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Chłodzenie | TAK |  |
|  | Grzanie | TAK |  |
|  | Klasa energetyczna A+ | TAK |  |
|  | Praca w trybie cichym | TAK |  |
|  | Wersja inwerter | TAK |  |
|  | Oznakowanie CE | TAK |  |
|  | Atest PHZ | TAK |  |
|  | Filtr antyalergiczny | TAK |  |
|  | Filtr antybakteryjny | TAK |  |
|  | Funkcja osuszania wymiennika | TAK |  |
|  | Moc chłodnicza nie mniejsza niż 2,5 kW | TAK |  |

*Wpisać*

###### **Klimatyzator ścienny wraz z podłączeniem oraz serwisem w czasie trwania gwarancji - Poradnia Endokrynologii i Diabetologii - 1 szt.**

Pomieszczenie Endokrynologii gabinet lekarski nr 1014A, kubatura pomieszczenia 43 m3, lokalizacja: bud 1D I piętro, wymiar okna: 2,1m x 1,7m. Długość instalacji: linii elektrycznej ok. 20 mb (od rozdzielni do jednostki wew.), linii freonowej ok. 6 mb. (prowadzić w korytku na zewnątrz budynku przez ścianę szczytową grubości ok. 60 cm ), skropliny odprowadzić do instalacji sanitarnej przez zasyfonowanie .

**II . Część do wypełnienia przez przystępującego do postępowania:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | Nazwa urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **2** | Typ urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **3** | Producent |  | | |
|
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **4** | Rok produkcji  Urządzenie fabrycznie nowe nie rekondycjonowane | - Rok produkcji:  ………………………………………………….  - Urządzenie/a fabrycznie nowe nie rekondycjonowane (Tak/Nie – wpisać):  …………………………………………………. | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |
| **5** | Kraj pochodzenia urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |

**6. Warunki gwarancji i serwisu wymagane przez użytkownika, oferta cenowa**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA**  **( podać, opisać )** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Autoryzowany serwis gwarancyjny | *TAK (wpisać pełne dane kontaktowe adres i techniczne środki łączności, nr tel., e-mail. )* |  |
| 2 | Długość udzielanej gwarancji nie mniej niż **24 miesiące** (*podać ilość miesięcy*). | TAK |  |
| 3 | Cena całkowita - ostateczna oferowanego przedmiotu zamówienia (wraz z usługą serwisową w czasie trwania gwarancji) |  | **Cena w PLN:**  Netto: ……………………………  Stawka VAT w %: ……………..  Wartość stawki VAT: …………..  Brutto: …………………………… |

*Wpisać*

**7.Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **Parametry graniczne** | Parametry oferowane  ( podać, opisać ).  Należy szczegółowo opisać każdy oferowany parametr urządzenia/sprzętu |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Chłodzenie | TAK |  |
|  | Grzanie | TAK |  |
|  | Klasa energetyczna A+ | TAK |  |
|  | Praca w trybie cichym | TAK |  |
|  | Wersja inwerter | TAK |  |
|  | Oznakowanie CE | TAK |  |
|  | Atest PHZ | TAK |  |
|  | Filtr antyalergiczny | TAK |  |
|  | Filtr antybakteryjny | TAK |  |
|  | Funkcja osuszania wymiennika | TAK |  |
|  | Moc chłodnicza nie mniejsza niż 2,5 kW | TAK |  |

*Wpisać*

###### **Klimatyzator ścienny wraz z podłączeniem oraz serwisem w czasie trwania gwarancji - Poradnia Endokrynologii i Diabetologii - 1 szt.**

Pomieszczenie Diabetologii gabinet lekarski nr 1016, kubatura pomieszczenia 43 m3, lokalizacja: bud 1D I piętro, wymiar okna: 2,1m x 1,7m. Długość instalacji: linii elektrycznej ok. 15 mb (od rozdzielni do jednostki wew.), linii freonowej ok. 10 mb. (prowadzić w korytku na zewnątrz budynku przez ścianę szczytową grubości ok. 60 cm ), skropliny odprowadzić do instalacji sanitarnej przez zasyfonowanie .

**II . Część do wypełnienia przez przystępującego do postępowania:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | Nazwa urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **2** | Typ urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **3** | Producent |  | | |
|
|

*Wpisać*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **4** | Rok produkcji  Urządzenie fabrycznie nowe nie rekondycjonowane | - Rok produkcji:  ………………………………………………….  - Urządzenie/a fabrycznie nowe nie rekondycjonowane (Tak/Nie – wpisać):  …………………………………………………. | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |
| **5** | Kraj pochodzenia urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |

**6. Warunki gwarancji i serwisu wymagane przez użytkownika, oferta cenowa**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA**  **( podać, opisać )** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Autoryzowany serwis gwarancyjny | *TAK (wpisać pełne dane kontaktowe adres i techniczne środki łączności, nr tel., e-mail. )* |  |
| 2 | Długość udzielanej gwarancji nie mniej niż **24 miesiące** (*podać ilość miesięcy*). | TAK |  |
| 3 | Cena całkowita - ostateczna oferowanego przedmiotu zamówienia (wraz z usługą serwisową w czasie trwania gwarancji) |  | **Cena w PLN:**  Netto: ……………………………  Stawka VAT w %: ……………..  Wartość stawki VAT: …………..  Brutto: …………………………… |

*Wpisać*

**7.Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **Parametry graniczne** | Parametry oferowane  ( podać, opisać ).  Należy szczegółowo opisać każdy oferowany parametr urządzenia/sprzętu |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Chłodzenie | TAK |  |
| 2 | Grzanie | TAK |  |
| 3 | Klasa energetyczna A+ | TAK |  |
| 4 | Praca w trybie cichym | TAK |  |
| 5 | Wersja inwerter | TAK |  |
| 6 | Oznakowanie CE | TAK |  |
| 7 | Atest PHZ | TAK |  |
| 8 | Filtr antyalergiczny | TAK |  |
| 9 | Filtr antybakteryjny | TAK |  |
| 10 | Funkcja osuszania wymiennika | TAK |  |
| 11 | Moc chłodnicza nie mniejsza niż 2,5 kW | TAK |  |

*Wpisać*

###### **Klimatyzator ścienny wraz z podłączeniem oraz serwisem w czasie trwania gwarancji - Poradnia Endokrynologii i Diabetologii - 1 szt.**

Pomieszczenie Endokrynologii gabinet lekarski nr 1016A, kubatura pomieszczenia 39 m3, lokalizacja: bud 1D I piętro, wymiar okna: 2,1m x 1,7m. Długość instalacji: linii elektrycznej ok. 15 mb (od rozdzielni do jednostki wew.), linii freonowej ok. 15 mb. (prowadzić w korytku na zewnątrz budynku przez ścianę szczytową grubości ok. 60 cm), skropliny odprowadzić do instalacji sanitarnej przez zasyfonowanie .

**II . Część do wypełnienia przez przystępującego do postępowania:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | Nazwa urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **2** | Typ urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **3** | Producent |  | | |
|
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **4** | Rok produkcji  Urządzenie fabrycznie nowe nie rekondycjonowane | - Rok produkcji:  ………………………………………………….  - Urządzenie/a fabrycznie nowe nie rekondycjonowane (Tak/Nie – wpisać):  …………………………………………………. | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |
| **5** | Kraj pochodzenia urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |

**6. Warunki gwarancji i serwisu wymagane przez użytkownika, oferta cenowa**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA**  **( podać, opisać )** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Autoryzowany serwis gwarancyjny | *TAK (wpisać pełne dane kontaktowe adres i techniczne środki łączności, nr tel., faxu, e-mail. )* |  |
| 2 | Długość udzielanej gwarancji nie mniej niż **24 miesiące** (*podać ilość miesięcy*). | TAK |  |
| 3 | Cena całkowita - ostateczna oferowanego przedmiotu zamówienia (wraz z usługą serwisową w czasie trwania gwarancji) |  | **Cena w PLN:**  Netto: ……………………………  Stawka VAT w %: ……………..  Wartość stawki VAT: …………..  Brutto: …………………………… |

*Wpisać*

**7. Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **Parametry graniczne** | Parametry oferowane  ( podać, opisać ).  Należy szczegółowo opisać każdy oferowany parametr urządzenia/sprzętu |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Chłodzenie | TAK |  |
|  | Grzanie | TAK |  |
|  | Klasa energetyczna A+ | TAK |  |
|  | Praca w trybie cichym | TAK |  |
|  | Wersja inwerter | TAK |  |
|  | Oznakowanie CE | TAK |  |
|  | Atest PHZ | TAK |  |
|  | Filtr antyalergiczny | TAK |  |
|  | Filtr antybakteryjny | TAK |  |
|  | Funkcja osuszania wymiennika | TAK |  |
|  | Moc chłodnicza nie mniejsza niż 2,5 kW | TAK |  |

*Wpisać*

###### **Klimatyzator ścienny wraz z podłączeniem oraz serwisem w czasie trwania gwarancji - Centrum Terapii Onkologicznej - 1 szt.**

Pomieszczenie gabinetu zabiegowego, kubatura pomieszczenia 40 m3, lokalizacja: bud 1A III piętro, wymiar okna: 2,1m x 1,7m. Długość instalacji: linii elektrycznej ok. 20 mb (od rozdzielni do jednostki wew.), linii freonowej ok. 6 mb. (prowadzić w korytku na zewnątrz budynku przez ścianę grubości 60cm), skropliny odprowadzić do instalacji sanitarnej przez zasyfonowanie .

**II . Część do wypełnienia przez przystępującego do postępowania:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | Nazwa urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **2** | Typ urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **3** | Producent |  | | |
|
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **4** | Rok produkcji  Urządzenie fabrycznie nowe nie rekondycjonowane | - Rok produkcji:  ………………………………………………….  - Urządzenie/a fabrycznie nowe nie rekondycjonowane (Tak/Nie – wpisać):  …………………………………………………. | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |
| **5** | Kraj pochodzenia urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |

**6. Warunki gwarancji i serwisu wymagane przez użytkownika, oferta cenowa**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA**  **( podać, opisać )** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Autoryzowany serwis gwarancyjny | *TAK (wpisać pełne dane kontaktowe adres i techniczne środki łączności, nr tel., e-mail. )* |  |
| 2 | Długość udzielanej gwarancji nie mniej niż **24 miesiące** (*podać ilość miesięcy*). | TAK |  |
| 3 | Cena całkowita - ostateczna oferowanego przedmiotu zamówienia (wraz z usługą serwisową w czasie trwania gwarancji) |  | **Cena w PLN:**  Netto: ……………………………  Stawka VAT w %: ……………..  Wartość stawki VAT: …………..  Brutto: …………………………… |

*Wpisać*

**7.Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **Parametry graniczne** | Parametry oferowane  ( podać, opisać ).  Należy szczegółowo opisać każdy oferowany parametr urządzenia/sprzętu |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Chłodzenie | TAK |  |
| 2 | Grzanie | TAK |  |
| 3 | Klasa energetyczna A+ | TAK |  |
| 4 | Praca w trybie cichym | TAK |  |
| 5 | Wersja inwerter | TAK |  |
| 6 | Oznakowanie CE | TAK |  |
| 7 | Atest PHZ | TAK |  |
| 8 | Filtr antyalergiczny | TAK |  |
| 9 | Filtr antybakteryjny | TAK |  |
| 10 | Funkcja osuszania wymiennika | TAK |  |
| 11 | Moc chłodnicza nie mniejsza niż 2,5 kW | TAK |  |

*Wpisać*

###### **Klimatyzator ścienny wraz z podłączeniem oraz serwisem w czasie trwania gwarancji - Poradnia Urologii - 1 szt.**

Gabinet lekarski, kubatura 56 m3, lokalizacja: bud 1D parter , wymiar okna: 1,2m x 1,6m. Długość instalacji: elektrycznej ok. 10 mb (od rozdzielni do jednostki wew.), linii freonowej ok. 6 mb (prowadzić w korytku na zewnątrz budynku przez ścianę grubości 60 cm), skropliny wyprowadzić na zewnątrz pomieszczenia i sprowadzić 30 cm ponad grunt po elewacji w rurce o średnicy nie mniejszej niż fi 25 mm

**II . Część do wypełnienia przez przystępującego do postępowania:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | Nazwa urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **2** | Typ urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **3** | Producent |  | | |
|
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **4** | Rok produkcji  Urządzenie fabrycznie nowe nie rekondycjonowane | - Rok produkcji:  ………………………………………………….  - Urządzenie/a fabrycznie nowe nie rekondycjonowane (Tak/Nie – wpisać):  …………………………………………………. | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |
| **5** | Kraj pochodzenia urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |

**6. Warunki gwarancji i serwisu wymagane przez użytkownika, oferta cenowa**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA**  **( podać, opisać )** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Autoryzowany serwis gwarancyjny | *TAK (wpisać pełne dane kontaktowe adres i techniczne środki łączności, nr tel., faxu, e-mail. )* |  |
| 2 | Długość udzielanej gwarancji nie mniej niż **24 miesiące** (*podać ilość miesięcy*). | TAK |  |
| 3 | Cena całkowita - ostateczna oferowanego przedmiotu zamówienia (wraz z usługą serwisową w czasie trwania gwarancji) |  | **Cena w PLN:**  Netto: ……………………………  Stawka VAT w %: ……………..  Wartość stawki VAT: …………..  Brutto: …………………………… |

*Wpisać*

**7. Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **Parametry graniczne** | Parametry oferowane  ( podać, opisać ).  Należy szczegółowo opisać każdy oferowany parametr urządzenia/sprzętu |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Chłodzenie | TAK |  |
| 1. . | Grzanie | TAK |  |
|  | Klasa energetyczna A+ | TAK |  |
|  | Praca w trybie cichym | TAK |  |
|  | Wersja inwerter | TAK |  |
|  | Oznakowanie CE | TAK |  |
|  | Atest PHZ | TAK |  |
|  | Filtr antyalergiczny | TAK |  |
|  | Filtr antybakteryjny | TAK |  |
|  | Funkcja osuszania wymiennika | TAK |  |
|  | Moc chłodnicza nie mniejsza niż 2,5 kW | TAK |  |

*Wpisać*

**Dodatkowe informacje oraz wymóg czynności związanych z dostawą i montażem klimatyzatorów:**

|  |  |
| --- | --- |
| Czynność | Potwierdzenie (należy potwierdzić wpisując „Akceptuję”) |
| 1. Klimatyzatory należy zamontować w użytkowanych pomieszczeniach |  |
| 1. Dostarczenie dokumentacji dotyczącej zamontowanego urządzenia do Działu Technicznego (dtr, instrukcje, nr seryjne itp.). |  |
| 1. Okres gwarancji na eksploatację klimatyzatorów/agregatów nie mniejszy niż 24 miesięcy |  |
| 1. Wykonanie bezpłatnego serwisu i przeglądu w okresie gwarancyjnym (dwa razy w roku co 180 dni). |  |
| 1. Miejsce po zamontowaniu klimatyzatora należy doprowadzić do stanu pierwotnego (odtworzenie tynków, malowanie itp.). |  |
| 1. Wszelkie konieczne do wykonania otwory, przewierty, przepusty przez dach, nacięcia sufitów podwieszanych , osadzanie rewizji po stronie wykonawcy – konieczna wizja |  |
| 1. Instalacja freonowa w obrębie pomieszczeń prowadzona musi być w korytkach instalacyjny i strefie sufitów podwieszanych |  |
| 1. Agregaty chłodnicze zamontowane będą na dachu budynku lub na jego ścianach. Należy uwzględnić odpowiednie odległości od okien i innych istniejących urządzeń oraz należy wykonać jeden wspólny przepust dla jednostek zewnętrznych przez strop, uwzględnić przy tym urządzenia istniejące i projektowane – konieczna wizja na obiekcie |  |
| 1. Instalację elektryczną zasilającą klimatyzator z jednostki zew. i wew. należy doprowadzić do rozdzielni elektrycznej wskazanej przez Użytkownika, łącznie z zamontowaniem w niej zabezpieczenia różnicowo - nadprądowego. |  |
| 1. Skropliny prowadzone po za korytkiem prowadzić w rurkach z tworzywa sztucznego o średnicy nie mniejszej niż 25 mm, przewody skroplin wyprowadzone na zewnątrz budynku należy sprowadzić po elewacji 30 cm ponad grunt |  |

*Wpisać*