**Załącznik nr 1**

**Zam. 420/2022/TP/DZP**

### *FORMULARZ OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/FORMULARZ CENOWY*

***Tytuł zamówienia:******Dostawa sprzętu laboratoryjnego do jednostek organizacyjnych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie****.*

***Podpis Wykonawcy zgodnie zapisami SWZ***

**Część nr 1 - Rotor kątowy z dwoma zestawami probówek wirówkowych – 1 zestaw.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA / PARAMETRY TECHNICZNE I FUNKCJE** | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy \*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
| 1 | Rotor odpowiedni dla wirówki Hettich Zentrifugen Universal 32R  Nr katalogowy rotora 1556  max. RPM max 9.000 rpm (10.595 x g)  max. objętość prób 94 mL  kąt 35°  rozpędzanie/hamowane w sek. 36/32  Ilość miejsc 6  2 zestawy probówek wirówkowych PC, poj. 85 ml, Nalgene (10 szt.) | 1 zestaw |  |  |  |
| 2 | Gwarancja minimum 12 miesięcy | Udzielimy ……….. miesięcznej gwarancji na wykonany przedmiot zamówienia.  Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny prowadzić będzie: ……………………………………………  Zgłoszenia usterki dokonuje przedstawiciel Zamawiającego w formie elektronicznej na adres poczty email: ……………………………………………………... | | |  |
| **Razem wartość brutto** | | | | |  |

**Część nr 2 - Strzykawka chromatograficzna – 5 sztuk**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA / PARAMETRY TECHNICZNE I FUNKCJE** | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy \*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
| 1 | Objętość 10µ,  Długość igły 42 mm,  FN 23-26 | 5 |  |  |  |
| **Razem wartość brutto** | | | | |  |

**Część nr 3 - analizator składu ciała**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA / PARAMETRY TECHNICZNE I FUNKCJE** | | **PARAMETRY OFEROWANE\*** | |
| **Oferowane urządzenie musi być fabrycznie nowe, nie regenerowane, nie używane, nie powystawowe - z bieżącej produkcji. Kompletne i gotowe do użytkowania bez dodatkowych zakupów.**  **Pełna nazwa urządzenia, typ, model\*: ……………………………………………………..…………………………………………………..………………**  **Producent\*:…………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………**  **Rok produkcji\*: ……………………………………………………………………………………………………………………………………** | | | |
|  | Maksymalne obciążenie 200 kg | |  |
|  | Dokładność pomiaru  Dokładność 50 gramów w zakresie od 0-100 kg oraz 100 g w zakresie od 100 kg do 200 kg | |  |
|  | Metoda pomiaru -Tetrapolarna (4 elektrody) | |  |
|  | Ilość profili -4 na analizatorze | |  |
|  | Technologia BIA  Dual Frequency - Dwuczęstotliwościowa | |  |
|  | Odczyt parametrów dla całego ciała   * Masa ciała w kg * Indeks masy ciała BMI * Masa tkanki tłuszczowej w % * Masa tkanki mięśniowej w kg * Jakość masy mięśniowej * Wskaźnik budowy ciała Physique Rating * Zmineralizowana masa kości * Wskaźnik trzewnej tkanki tłuszczowej * PPM – podstawowa przemiana materii (BMR) * Wiek metaboliczny   Całkowita zawartość wody w organizmie w % | |  |
|  | Dokładność:   * Dokładność pomiaru masy ciała: 50 g * Dokładność pomiaru zawartości tkanki tłuszczowej: 0,1 % * Dokładność pomiaru zawartości wody w organizmie: 0,1% | |  |
|  | Gwarancja minimum – 12 miesięcy | | Udzielimy ……….. miesięcznej gwarancji na wykonany przedmiot zamówienia.  Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny prowadzić będzie: ……………………………………………  Zgłoszenia usterki dokonuje przedstawiciel Zamawiającego w formie elektronicznej na adres poczty email: ……………………………………………………... |
| **Razem wartość brutto** | | |  |

**Część nr 4 - Fałdomierz typu Harpenden**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA / PARAMETRY TECHNICZNE I FUNKCJE** | | **PARAMETRY OFEROWANE\*** | |
| **Oferowane urządzenie musi być fabrycznie nowe, nie regenerowane, nie używane, nie powystawowe - z bieżącej produkcji. Kompletne i gotowe do użytkowania bez dodatkowych zakupów.**  **Pełna nazwa urządzenia, typ, model\*: ……………………………………………………..…………………………………………………..………………**  **Producent\*:…………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………**  **Rok produkcji\*: ……………………………………………………………………………………………………………………………………** | | | |
| 1 | Zakres pomiaru 0-80 mm | |  |
| 2 | Dokładność pomiaru 0,2 mm | |  |
| 3 | Nacisk sprężyny 10 g/mm2 | |  |
| 4 | Dokładność 99% | |  |
| 5 | Długość ramion 650 mm | |  |
| 6 | Oprogramowanie  BMI, obliczanie masy tłuszczowej | |  |
| 7 | Gwarancja minimum 12 miesięcy | | Udzielimy ……….. miesięcznej gwarancji na wykonany przedmiot Zamówienia.  Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny prowadzić będzie: ……………………………………………  Zgłoszenia usterki dokonuje przedstawiciel Zamawiającego w formie elektronicznej na adres poczty email: ……………………………………………………... |
| **Razem wartość brutto** | | |  |

**Część nr 5 - Model głowy do nauki intubacji – 1 szt..**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA / PARAMETRY TECHNICZNE I FUNKCJE** | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy \*** | | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** | |
| 1 | Manekin przeznaczony jest do nauki intubacji dorosłych pacjentów za pomocą rurek dotchawiczych (przez usta oraz przez nos), rurek ustno-gardłowych, masek krtaniowych oraz Combitube. Szereg unikalnych cech zapewnia efektywność nauki. 1. Właściwości: - dzięki specjalnemu mocowaniu podbródek wykonuje realistyczne ruchy przy otwieraniu i zamykaniu ust - teleskopowe połączenie umożliwia wykonywanie zgodnych z anatomią ruchów głowy (może być ona podnoszona i odchylana) - nacisk na górne, przednie zęby włącza sygnał dźwiękowy informujący o wyłamywaniu zębów - wycięty obszar czaszki pozwala na obserwacje budowy anatomicznej wnętrza tchawicy i nosa - realistyczny ruch kręgów szyjnych - podczas wentylacji przy nieprawidłowej intubacji wyzwalany jest sygnał dźwiękowy sygnalizujący rozdęcie Żołądka - specjalna szuflada przeznaczona jest na akcesoria: laryngoskop, rurki, żel nawilżający,  Wymiary (z torba do transportu): 40 x 24 x 35 cm Ciężar: około 5 kg | 1 szt. |  | |  |  | |
| 2 | Gwarancja minimum 12 miesięcy | | | Udzielimy ……….. miesięcznej gwarancji na wykonany przedmiot Zamówienia.  Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny prowadzić będzie: ……………………………………………  Zgłoszenia usterki dokonuje przedstawiciel Zamawiającego w formie elektronicznej na adres poczty email: ……………………………………………………... | | |
| **Razem wartość brutto** | | | | | |  | |