Fundusze Europejskie Program Regionalny | Lubuskie Warte zachodu | Unia Europejska Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego

**Załącznik nr 5 do SWZ po zmianach z dnia 09.05.2023 r.**
**Załącznik nr 1 do umowy LI.262.1.4.2023**

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

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** | **13 700,00** | 13 700,00 | 8% | 14 796,00 | **14 796,00** |
| | | | | **Razem cena oferty** | 13 700,00 | - | - | **14 796,00** |

**B. Oświadczam, że okres gwarancji na przedmiot zamówienia wynosi 60 miesięcy.**

Oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny z niżej wskazanymi parametrami:

| | | |
|---|---|---|
| | **Wideolaryngoskop - 1 szt.** | Typ: AUG MEDICAL<br>VLR-100 USB<br><br>Model: AUG MEDICAL<br><br>VLR-100 USB<br><br>Producent: AUG<br><br>Kraj pochodzenia: Polska |
| 1. | Rok produkcji | 2023 |
| 2. | Certyfikat CE | |
| 3. | Wideolaryngoskop z kompletem łyżek w rozmiarach Mac 2,3,4, w opakowaniu typu walizka | |
| 4. | Kolorowy ekran 3,5”, rozdzielczość 640x480 | |
| 5. | Wbudowany akumulator litowo-jonowy, w komplecie zasilacz | |
| 6. | Możliwość obracania monitora w dwóch płaszczyznach (lewo/prawo: 270°, góra/dół: ~~120°~~ 110°)+/-2° | |
| 7. | Możliwość rejestracji zdjęć i filmów, pamięć min. 4GB (3500 zdjęć lub 2h wideo | |
| 8. | Możliwość transferu zarejestrowanych zdjęć i filmów do komputera | |
| 9. | Kamera CMOS: 2 Mpixele | |
| 10. | Źródło światła: dioda LED: min 800 lux | |
| 11. | Funkcja anti-fog | |

| | | |
|---|---|---|
| 12. | Wbudowany port MicroUSB | |
| 13. | Łyżki metalowe, wielorazowe do sterylizacji min. 1000 razy (odporne na moczenie w płynach dezynfekcyjnych, sterylizację niskotemperaturową: gaz lub plazma) | |
| | **Informacje dodatkowe** | |
| 14. | Oferowany sprzęt medyczny musi być kompletny, kompatybilne z akcesoriami, fabrycznie nowe, gotowe do użycia zgodnie z jego przeznaczeniem | |
| 15. | Zamawiający wymaga instalacji i uruchomienia sprzętu | |
| 16. | Okres gwarancji min. 24 miesiące | |
| 17. | Wykonanie przeglądów serwisowych – wg zaleceń producenta - w trakcie trwania gwarancji (w tym jeden w ostatnim miesiącu gwarancji) | |
| 18. | 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 | |
| 19. | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu w miejscu instalacji | |
| 20. | 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*

Signed by / Podpisano przez:

Artur Langiewicz

Date / Data: 2023-05-29 06:22