

FORMULARZ CENOWO –TECHNICZNY - zadanie nr 13

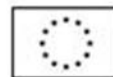
A. Oferuję dostawę przedmiotu zamówienia za cenę:

Lp.	Przedmiot zamówienia	Jednostka miary	Ilość	Cena jednostkowa netto	Wartość netto <i>6=4x5</i>	Stawka VAT %	Cena jednostkowa brutto <i>8=9/4</i>	Wartość brutto <i>9=6+7</i>
1	2	3	4	5	6	7	8	9
I	Nóż radiochirurgiczny	szt.	1	60 000 zł	60 000 zł	8	64 800 zł	64 800 zł
Razem cena oferty					60 000 zł	-	-	64 800 zł

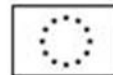
B. Oświadczam, że okres gwarancji na przedmiot zamówienia wynosi 24 miesiący.

Oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny z niżej wskazanymi parametrami:

<u>Nóż radiochirurgiczny - 1 szt.</u>		Typ - NÓŻ RADIOCHIRURGICZNY
		Model - WAVETRONIC 6000 TOUCH
		Producent – LOKTAL MEDICAL ELECTRONICS
		Kraj pochodzenia - BRAZYLIA
1.	Rok produkcji	2023
2.	Certyfikat CE	
3.	Waga sprzętu max. 5,5 kg	
4.	Wysokość sprzętu w granicy od 110 do 120 mm	
5.	Szerokość sprzętu w granicy 240 - 255 mm	
6.	Możliwość przełączania trybów CUT/COAG na ekranie dotykowym	
7.	Możliwość przełączania trybów CUT/COAG penem	
8.	Możliwość przełączania trybów CUT/COAG pedałem nożnym	
9.	Możliwość zwiększania/zmniejszania mocy CUT/COAG na ekranie dotykowym	
10.	Możliwość zwiększania/zmniejszania mocy CUT/COAG penem	
11.	Możliwość zwiększania/zmniejszania mocy CUT/COAG pedałem nożnym	
12.	Częstotliwość pracy generatora min. 3,8 MHz	
13.	Cięcie monopolarne czyste regulowane w zakresie do 99 W, regulacja z krokiem +/- 1W, zwiększane na ekranie dotykowym, penem i pedałem nożnym	
14.	Cięcie monopolarne mieszane regulowane w zakresie do 50 W, regulacja z krokiem +/- 1W, zwiększane na ekranie dotykowym, penem i pedałem nożnym	



15.	Zaawansowany tryb monopolarny łączący uzyskanie hemostazy i dysekcji, zwolnienie pracy pozwala na uzyskanie lepszej hemostazy, natomiast przyspieszenie – na szybszą dysekcję. Regulacja w zakresie do 99 W
16.	Urządzenie posiada tryby CUT, COAG, FULGURATION, BIPOLAR
17.	Urządzenie posiada tryby mieszane cięcie z koagulacją w wariantach 90% CUT i 10% COAG
18.	Urządzenie posiada tryby mieszane cięcie z koagulacją w wariantach 70% CUT i 30% COAG
19.	Urządzenie posiada tryby mieszane cięcie z koagulacją w wariantach 50% CUT i 50% COAG
20.	Ustawianie trybów przed rozpoczęciem pracy (zapamiętanie trybu na czas zabiegu)
21.	Rodzaj i liczba niezależnie działających gniazd wyjściowych: bipolarne – min. 1 szt. monopolarne – min. 1 szt. neutralne – 1 szt.
22.	Ekran dotykowy min. 4,3"
23.	Wizualna i akustyczna sygnalizacja nieprawidłowego działania urządzenia: komunikaty i opisy nieprawidłowości.
24.	Sygnał dźwiękowy dla trybów alarmowych.
25.	Zróznicowany sygnał dźwiękowy dla różnych trybów
26.	Możliwość ustawiania mocy zaawansowanego trybu monopolarnego ze sterylnego pola, za pomocą przełącznika ręcznego lub nożnego
27.	Wyposażenie generatora
28.	Elektrody do zabiegów (tnące, igłowe, pętlowe okrągłe, kwadratowe, żagłowe)
29.	Pen do zabiegów chirurgicznych i drobnej chirurgii z przyciskami
30.	Pen do zabiegów chirurgicznych i drobnej chirurgii bez przycisków
31.	Elektrody kulowe
32.	Dwuprzyciskowy włącznik nożny monopolarny do cięcia i koagulacji, kompatybilny z generatorem
33.	Możliwość transportu bez konieczności kalibracji urządzenia
34.	Dedykowany wózek
35.	Urządzenie zastępcze dostarczone w ciągu 24H na czas naprawy ewentualnej awarii w okresie gwarancji
	Informacje dodatkowe
36.	Oferowany sprzęt medyczny musi być kompletny, kompatybilny z akcesoriami, fabrycznie nowe, gotowe do użycia zgodnie z jego przeznaczeniem
37.	Zamawiający wymaga instalacji i uruchomienia sprzętu
38.	Okres gwarancji min. 24 miesiące
39.	Wykonanie przeglądów serwisowych – wg zaleceń producenta - w trakcie trwania gwarancji (w tym jeden w ostatnim miesiącu gwarancji)
40.	Wraz z dostarczonym sprzętem Wykonawca prześle 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
41.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu w miejscu instalacji



42.	Częstość przeglądów wymagana przez producenta zgodnie z instrukcją obsługi.	Częstotliwość przeglądów RAZ NA ROK
-----	-----------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------

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.

RAFAŁ MARECKI

.....

*Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania
Wykonawcy*