**Załącznik nr 11 do SWZ**

**Załącznik nr 1 do umowy LI.262.3.10.2023**

**FORMULARZ CENOWO –TECHNICZNY - zadanie nr 10**

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** | **Lampa zabiegowa** | **szt.** | **1** |  |  | |  |  | |  |
| **Razem cena oferty** | | | | | |  | **-** | | **-** |  |

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

Oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny z niżej wskazanymi parametrami:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Lampa zabiegowa – 1 szt.** | | Typ ………………………....  Model …………………...….  Producent…………………..  Kraj pochodzenia ………….. | |
|  | Rok produkcji | 2023 | |
|  | Certyfikat CE | | |
|  | Lampa jednoczaszowa, bezcieniowa z diodowym źródłem światła.  Nie dopuszcza się lamp wyposażonych w aktywny układ redukcji cieni posiadających ruchome elementy (moduły ) wyposażonych w różnego rodzaju sensory, czujniki czy manipulatory. | | |
|  | Lampa wykorzystująca wyłącznie diody białe, nie dopuszcza się lampy wykorzystującej diody o innej barwie niż biała | | |
|  | Lampa na statywie jezdnym z min 4 kołami w tym min 2 z blokadą. | | |
|  | Czasza lampy wyposażona w min dwa uchwyty do pozycjonowania lampy umieszczone po przeciwnych stronach czaszy | | |
|  | Lampa o zwartej, jednolitej, okrąglej konstrukcji.  Nie dopuszcza się czaszy o wyraźnie rozdzielonej konstrukcji ( wielodzielnej, modułowej) oraz czasz posiadających otwory czy kratki wentylacyjne. | | |
|  | Lampa wyposażona w min 28 diod, wykorzystująca wyłącznie diody białe, | | |
|  | Natężenie oświetlenia min 120 000 lux w odległości 1 m od czoła lampy. | | |
|  | Temperatura barwowa regulowana w min dwóch wartościach 4500 i 5000 °K | | |
|  | Regulacja natężenia światła umieszczona na czaszy lampy w zakresie min 20-100 %  Realizowana z panelu dotykowego | | |
|  | Współczynnik CRI odwzorowania barw Ra min 94 | | |
|  | Żywotność układu świetlnego min. 60 000h | | |
|  | Regulacja średnicy pola operacyjnego min. 110-330mm | | |
|  | Średnica czaszy lampy min. 400 mm | | |
|  | Lampa wyposażona w uchwyt przystosowany do sterylizacji służący do pozycjonowania lampy | | |
|  | Regulacja pola operacyjna za pomocą centralnego uchwytu umieszczonego w osi symetrycznej lampy | | |
|  | Pobór mocy max 85VA | | |
|  | Statyw jezdny o wysokości 1700 – 1800 mm | | |
|  | Możliwość ustawienia czaszy lampy na wysokości min 2100 mm od podłogi | | |
|  | Możliwość ustawienia czaszy lampy w najniższej pozycji na wysokości max 1200 od podłogi | | |
|  | Podstawa lampy o wymiarach maksymalnie 600 x 800 mm | | |
|  | Zakres obrotu pionowego ramienia statywu lampy: od -30º do + 30º wokół osi pionowej | | |
|  | Waga całej lampy wraz ze statywem maksymalnie 20 kg. | | |
|  | Autoryzacja producenta oferowanego urządzenia na świadczenie usług serwisowych gwarancyjnych i pogwarancyjnych przez Oferenta – dołączyć do oferty. | | |
|  | Dokumenty dopuszczenia wyrobu medycznego do obrotu na terenie kraju: Wpis do rejestru wyrobów medyczny. | | |
|  | **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* |
|  |  |