**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** |  |  |  |  |  |
| **Razem cena oferty** |  | **-** | **-** |  |

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

 Oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny z niżej wskazanymi parametrami:

|  |  |
| --- | --- |
| Wideolaryngoskop - 1 szt. | Typ ………………………....Model …………………...Producent…………………..Kraj pochodzenia …… |
|  | Rok produkcji  | 2023 |
|  | Certyfikat CE |
|  | Wideolaryngoskop z kompletem łyżek w rozmiarach Mac 2,3,4, w opakowaniu typu walizka |
|  | Kolorowy ekran 3,5”, rozdzielczość 640x480 |
|  | Wbudowany akumulator litowo-jonowy, w komplecie zasilacz |
|  | Możliwość obracania monitora w dwóch płaszczyznach (lewo/prawo: 270°, góra/dół: ~~120°~~ 110°)+/-2° |
|  | Możliwość rejestracji zdjęć i filmów, pamięć min. 4GB (3500 zdjęć lub 2h wideo |
|  | Możliwość transferu zarejestrowanych zdjęć i filmów do komputera |
|  | Kamera CMOS: 2 Mpixele |
|  | Źródło światła: dioda LED: min 800 lux |
|  | Funkcja anti-fog |
|  | Wbudowany port MicroUSB |
|  | Łyżki metalowe, wielorazowe do sterylizacji min. 1000 razy (odporne na moczenie w płynach dezynfekcyjnych, sterylizację niskotemperaturową: gaz lub plazma) |
|  | Informacje dodatkowe |
|  | Oferowany sprzęt medyczny musi być kompletny, kompatybilne z akcesoriami, fabrycznie nowe, gotowe 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 personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu 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*  |