**Załącznik nr 1**

**PAKIET NR 1**

**WYKAZ ASORTYMENTOWO - ILOŚCIOWY WRAZ Z FORMULARZEM CENOWYM**

 **Dot. Ubrania chirurgiczne jednorazowego użytku do monitorowanego systemu dystrybucji**

 **CPV 33.19.90.00-1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa asortymentu** | **Jednostka miary** | **Ilość szacunkowa na okres 36 m-cy**  | **Cena jednostkowa netto za kpl** | **Łączna cena netto**  | **Stawka VAT %** | **Łączna cena brutto** | **Producent i nazwa handlowa oferowanego produktu, nr katalogowy** |
| **A** | **B** | **C** | **D** | **E** | **F (DXE)** | **G** | **H (F+G)** | **I** |
|  | **Ubranie chirurgiczne bluza +spodnie** **( włóknina bawełnopodobna )** * Wykonanie z włókniny bawełnopodobnej o gramaturze minimalnej 50 g/m2 , antystatycznej niepalącej, oddychającej
* Ubranie przeznaczone do stosowania przez personel medyczny w środowisku Bloku Operacyjnym
* Bluza – krótki rękaw , pod szyją wyposażona w nap, kieszeń na piersi, dwie kieszenie boczne na dole bluzy
* Spodnie- ściągane tasiemką, kieszeń boczna na nogawicy z klapką wyposażoną w nap
* Sposób zapakowania umożliwiający indywidualny dobór rozmiaru
* Kolor niebieski, w rozmiarach S, M. L, XL, do zamówienia wg potrzeb Zamawiającego
* asortyment kompatybilny z urządzeniem dystrybucyjnym
 | kpl  | 60 000 |  |  |  |  |  |
| **łączna wartość netto ; brutto w PLN****( w cenie należy ująć wszystkie koszty wpływające na cenę ostateczną)**  |  |  |  |  |

**Uwaga:**

**W rubryce „I” Producent i nazwa handlowa oferowanego produktu, nr katalogowy należy podać nazwę producenta, nazwę handlową oferowanego produktu oraz nr katalogowy w przypadku, gdy jest on stosowany w celu bezspornej identyfikacji produktu.**

|  |
| --- |
| **WYMAGANIA I PARAMETRY TECHNICZNE DLA URZĄDZENIA DYSTRYBUCYJNEGO** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Urządzenia dystrybucyjne (bezpłatne użytkowanie) – 2 szt.**  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **I . OGÓLNE DANE O PRODUKCIE** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **LP** | **Parametry urządzenia** | **Wartość graniczna** | **Parametr w oferowanym urządzeniu** |  |  |  |  |  |  |
| INFORMACJE O PRODUKCIE |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 1. | Oferent / Producent | Podać |   |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Model / Typ / Nr katalogowy, gdy jest on stosowany w celu bezspornej identyfikacji produktu  | Podać |   |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Kraj pochodzenia | Podać |   |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Przeznaczenie urządzenia | Podać |   |  |  |  |  |  |  |
| **II . WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNE** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **LP** | **Parametr** | **Wartość graniczna** | **Parametr w oferowanym urządzeniu**  |  |  |  |  |  |  |
| PARAMETRY OGÓLNE |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 1 | Zasilanie  | 230-240 V, 50-60 Hz  |   |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 2 | Wymiary  | wysokość 183 cm, szerokość 90 cm, głębokość 76 cm  |   |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Minimum 160 miejsc dystrybucyjnych  | TAK  |   |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Identyfikacja personalna z wykorzystaniem czytnika linii papilarnych lub klawiatury numerycznej  | TAK / podać  |   |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Interface użytkowania w oparciu o informację dźwiękowe oraz wyświetlanie na LCD  | TAK |   |  |  |  |  |  |  |
| 6 | System wydań, archiwizacji danych oraz tworzenia raportów niezbędnych do rozliczeń magazynowych kompatybilnych z MS Windows  | TAK  |   |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Pojemność pamięci  | Minimum 2 GB |   |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Zautomatyzowany system monitorowania i raportowania umożliwiający dystrybucje danych poprzez złącze GSM  | TAK  |   |  |  |  |  |  |  |
| 9 | System informacji o przekroczonych stanach minimalnych poprzez informację e-mail lub sms  | TAK / podać  |   |  |  |  |  |  |  |
| 10.  | Informacyjne należy podać wartość brutto urządzenia dystrybucyjnego ( dane niezbędne do wprowadzenia w umowie)  | TAK/podać |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Uwaga : Dot. punktu 2- Zamawiający dopuszcza tolerancję w wymiarach + /- 10%** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp.  | **Parametry graniczne - wymagania** | **Wymóg**  | **Podać** **TAK/ NIE**  | **UWAGI** |
| 1. | Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi tzn. ubrania chirurgiczne jednorazowego użytku).Jesteśmy świadomi, że nie spełnienie choćby jednego warunku granicznego będzie skutkować odrzuceniem oferty. | TAK |   |   |