**11/AMB/2022** – **część nr 4** Załącznik nr 1 do SWZ

**FORMULARZ-OFERTOWY** (strona druga)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | Wymagane minimalne parametry –  **Videolaryngoskopu- szt.3** | **Opis oferowanych parametrów**  **-** opisać w każdym wierszu |
| 1 | 2 | 4 |
|  | Producent | Wpisać producenta |
|  | Nazwa i typ | Wpisać Nazwę i typ |
|  | Kraj pochodzenia | Wpisać kraj pochodzenia |
|  | Wymagane minimalne parametry: W kolumnie nr 3 wpisać **TAK** jeżeli spełnia lub **NIE** jeżeli nie spełnia, w kolumnie nr 4 opisać parametry | **Opis oferowanych parametrów**  **-** opisać w każdym wierszu |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji nie wcześniej niż w 2022r. | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Zasilanie: z akumulatorów bez efektu pamięci. Czas pracy z akumulatorów zainstalowanych w aparacie – min. 180 minut ,  Czas ładowania akumulatorów max. 4 godz.  **Kryterium oceny ofert:**  180 minut = 0 pkt., powyżej 180 – 240 minut włącznie – 5 pkt  powyżej 240 minut = 10 pkt. | Wpisać czas pracy akumulatorów, oraz czas ładowania do 100% |
|  | Żródło światła LED | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Wyświetlacz kolorowy ekran LCD min 2,5” , max 3,5” full view | Podać wymiar ekranu |
|  | Rozdzielczość min. Szer. 640 x wys,480 w pikselach | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Możliwość wykonywania zdjęć i filmów | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Możliwość obracania monitora w dwóch płaszczyznach (lewo/prawo: min 270°, góra/dół min 110°) | Podać kąty lewo/prawo oraz góra/dół |
|  | Temperatura przechowywania od -10 do +40o C | Podać zakres temperatur przechowywania |
|  | Temperatura pracy od +5 do +40 o C | Podać zakres temperatur pracy |
|  | Możliwość dezynfekcji wziernika | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Waga aparatu kompletnego do użytku max 400 g  **Kryterium oceny ofert:**  400 g = 0 pkt., poniżej 400g do 300g włącznie = 5 pkt.  poniżej 300 g = 10 pkt. | Podać wagę aparatu |
|  | Łopatki/ łyżki wymienne jednorazowego użytku dla dorosłych i dzieci | Wpisać TAK lub NIE |
|  | **Wyposażenie:** |  |
|  | Ładowarka akumulatorów z wtykiem do gniazda USB w urządzeniu | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Etui – opakowanie transportowe na zestaw | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Łopatki/ łyżki wymienne jednorazowego użytku dla dorosłych i dzieci po 5 szt. z każdego rozmiaru ( min. 5 rozmiarów) | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Certyfikat CE potwierdzający zgodność  z Dyrektywą UE nr 93/42/EWG | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Folder z opisem parametrów urządzenia | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Gwarancja min. 24 miesięczna, w okresie gwarancji koszty wymaganych przeglądów serwisowych wliczone w cenę oferty | Podać okres gwarancji |
|  | Szkolenie dla personelu medycznego i technicznego w zakresie opisanym w instrukcji użytkowania | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny w Polsce – załączyć autoryzacje i wykaz punktów serwisowych do dostawy | Załączyć autoryzację i wykaz |
|  | Gwarantowany czas reakcji od zgłoszenia awarii do 72 godz. | Podać czas reakcji |
|  | Gwarantowany czas od zgłoszenia awarii do jej usunięcia do 7 dni roboczych, | Podać czas naprawy |

Wykonawca oświadcza, że sprzęt jest fabrycznie nowy, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie   
z przeznaczeniem oraz instrukcją użytkowania nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów.

…………………………….

podpis Wykonawcy