**Numer sprawy DL-271 - 15/24 załącznik numer 1**

**FORMULARZ OFERTOWO CENOWY - OPZ**

NAZWA WYKONAWCY .....................................................................................

SIEDZIBA ..............................................................................................................

REGON ................................................. NIP .........................................................

adres elektroniczny (e-mail) ................................................................ (do kontaktu z Zamawiającym!)

Osoba odpowiedzialna za realizację umowy: Pan/Pani.............................................

numer telefonu.........................., email:..................................

Oferuję realizację zamówienia na warunkach określonych w OPZ, za cenę:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość Netto** | **Wartość VAT****(zł)** | **Wartość**Brutto |
| **Detektor do wykrywania promieniowania gamma** | **1**  |  |  |  |  |

Oświadczamy, iż oferowane w postępowaniu przetargowym urządzenie jest kompletne i będzie (po zainstalowaniu) gotowe do eksploatacji - bez żadnych **dodatkowych** zakupów i inwestycji (ze strony Zamawiającego).

Oświadczamy, że zaoferowany sprzęt spełnia minimalne wymagana techniczne opisane w Zapytaniu ofertowym, a złożone dokumenty są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

**Termin realizacji zamówienia: w nieprzekraczalnym terminie do 6 tygodni od podpisania licząc od daty zawarcia umowy.**

**Okres gwarancji obejmuje bezpłatne: części (pakiety serwisowe), ich wymianę, przeglądy według wskazań producenta.**

**Nr postępowania przetargowego …………………………załącznik numer ………….**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO - UŻYTKOWYCH**

**GRANICZNYCH- (OPZ)**

**Przedmiot przetargu: Detektor do wykrywania promieniowania gamma – szt.1.**

**Producent:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Model**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Typ:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry techniczne** | **Jednostka/ wartość****minimalna wymagana** | **Parametr oferowany**(wypełnia Wykonawca) |
|  | Detektor do wykrywania promieniowania gamma– 1szt., rok produkcji nie starszy niż 2023, fabrycznie nowy | TAK/PODAĆ |  |
|  | Detektor do wykrywania promieniowania gamma do zastosowania klinicznego min.: rak piersi, ginekologia, głowa i szyja, dermatologia, | TAK/PODAĆ |  |
|  | Pozwala na podwójną detekcjęwęzłów wartowniczych z wykorzystaniempromieniowania gamma i fluorescencji | TAK |  |
|  | Wyposażona w bezprzewodową sondę jądrową oraz przełącznik nożny, | TAK |  |
|  | Automatyczne przełączanie na większość popularnych radioizotopów (min. 99mTc,125l, 131l, 18F) | TAK/PODAĆ |  |
|  | Indywidualne ustawienia okna energetycznego | TAK |  |
|  | Największa średnica 19 mm, najmniejsza średnica 10 mm. | TAK |  |
|  | Łatwa konfiguracja systemu | TAK |  |
|  | Nie ma potrzeby kalibracji | TAK |  |
|  | Brak dryftu sondy w czasie | TAK |  |
|  | Min. 9 indywidualnych konfiguracji + 1 domyślna | TAK/PODAĆ |  |
|  | Możliwość podłączenia min. 2 sond jednocześnie i jednej bezprzewodowej. | TAK/PODAĆ |  |
|  | Przy podłączeniu kilku sond jednocześnie możliwość wyboru sondy na panelu sterowania. | TAK |  |
|  | Możliwość ustawienia czasu integracji dla mierzonego sygnału.  | TAK |  |
|  | Moduł odczytu z wyświetlaczem liczbowym i barografem. | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o moduł zieleni indocyjaninowej w dowolnym momencie użytkowania umożliwiający podwójną detekcję lub detekcję niezależną od izotopu | TAK |  |
| **WYMAGANIA DODATKOWE** |
|  | Oferowany zestaw zawiera pełen asortyment oraz komponenty (np. przewody, okablowanie, filtry, adaptery itd.), również niewyszczególnione w opisie przedmiotu zamówienia, które są niezbędne do prawidłowego funkcjonowania oferowanego urządzenia, narzędzi, wykorzystania ich pełnej funkcjonalności oraz działania zestawu. | TAK/PODAĆ |  |
|  | Dostawa oraz montaż zestawu w miejscu wskazanym przez Zamawiającego | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim, w wersji papierowej i elektronicznej - dostarczane wraz z aparatem | TAK |  |
|  | **Certyfikaty, dokumenty i dopuszczenia zgodne z obowiązującym prawem potwierdzające fakt dopuszczenia urządzenia medycznego do obrotu i użytkowania na terenie UE – dostarczane wraz z aparatem** | TAK |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi oferowanego zestawu laparoskopowego, w siedzibie Zamawiającego, w pełnym zakresie, niezbędnym do prawidłowego i bezpiecznego korzystania z wyrobu medycznego i jego bieżącej konserwacji, potwierdzone protokołem. | TAK |  |
| **WARUNKI GWARANCJI** |
|  | Okres gwarancji minimum 24 miesiące od spisania przez strony protokołu zdawczo-odbiorczego sporządzonego przez Zamawiającego | TAK/PODAĆ |  |
|  | W ramach gwarancji, Wykonawca zapewni przeglądy techniczne urządzenia wg. zaleceń producenta w siedzibie Zamawiającego (ostatni na koniec okresu gwarancyjnego). Wykonawca jest zobowiązany do zapewnienia w ramach gwarancji materiałów (fabrycznie nowych, oryginalnych) niezbędnych do przeprowadzenia przeglądów gwarancyjnych | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji, organizacja spedycji oraz koszt transportu urządzenia do i z punktu serwisowego oraz koszty dojazdu serwisanta do siedziby Zamawiającego, w celu wykonania przeglądu technicznego lub prac naprawczych urządzenia/usunięcia usterki, pokrywa Wykonawca | TAK |  |
|  | W ramach gwarancji, Wykonawca zobowiązuje się do wykonywania napraw wszelkich awarii urządzenia, w celu zapewnienia bezawaryjnego jego funkcjonowania ponosząc wszelkie koszty z tym związane (m.in. koszty: części fabrycznie nowych oryginalnych, wymiany części zużywalnych i niezużywalnych, konserwacji) | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji Wykonawca zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji z wykonanych przeglądów w paszporcie technicznym urządzenia. Wykonawca zobowiązany jest również do prowadzenia dokumentacji z interwencji serwisowych w paszporcie technicznym urządzenia oraz na karcie pracy / raporcie serwisowym, potwierdzone przez jednostkę, dla której została wykonana usługa | TAK |  |
|  | Czas naprawy/usunięcia usterki urządzenia:* max. 5 dni roboczych (pn-pt), z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, od dnia zgłoszenia awarii
 | TAK/PODAĆ |  |
|  | Brak możliwości przywrócenia sprawności technicznej urządzenia oznacza jego wymianę na urządzenie fabrycznie nowe, wolne od wad o takich samych parametrach technicznych. Wszelkie koszty związane z wymianą pokrywa Wykonawca | TAK |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych oraz materiałów zużywalnych wynosi min. 8 lat od daty podpisania protokołu odbioru technicznego | TAK/PODAĆ |  |
|  | Autoryzowany przez producenta urządzenia serwis gwarancyjny i pogwarancyjny z dostępem do oryginalnych części zamiennych od producenta | TAK/PODAĆ |  |

 ......................................................

 (podpis i pieczęć Wykonawcy