**Załącznik nr 6 do SWZ**

**Załącznik nr 1 do umowy LI.262.6.5.2023**

**FORMULARZ CENOWO –TECHNICZNY - zadanie nr 5**

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=5+7* | **Wartość**  *brutto*  *9=4\*8* |
|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| **1.** | **Aparat do pomiaru ACT** | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **Razem cena oferty** | | | |  |  | - | **-** |  |

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

Oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny z niżej wskazanymi parametrami:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Aparat do pomiaru ACT - 1 szt.** | | Typ ………………………....  Model …………………...….  Producent…………………..  Kraj pochodzenia ………….. |
|  | Rok produkcji | **2023** |
|  | Certyfikat CE | |
|  | Aparat do pomiaru czasu krzepliwości krwi | |
|  | Podwójny detektor | |
|  | Jedna komora pomiarowa | |
|  | Czas pomiaru 0-1500 sekund | |
|  | Wymiary: 15 x 12 x 16 cm (± 0,5 cm) | |
|  | Wymiary wyświetlacza: 8 x 2.5 cm (± 0,2 cm) | |
|  | Temperatura inkubacji: 36.5ºC - 37.5ºC | |
|  | Aparat kompatybilny z plastikową próbówką zawierającą 3 detergenty | |
|  | **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. | **Częstość 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 uwierzytelniającego oświadczenie kwalifikowanym*

*podpisem elektronicznym*

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |