**Załącznik nr 4 do SWZ**

**Załącznik nr 1 do umowy LI.262.4.3.2023**

**FORMULARZ CENOWO –TECHNICZNY - zadanie nr 3**

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 |
| **I** | **Oftalmoskop pośredni** | **szt.** | **3** |  |  |  |  |  |
| **Razem cena oferty** | | | | |  | **-** | **-** |  |

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

Oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny z niżej wskazanymi parametrami:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Oftalmoskop pośredni – 3 szt.** | | | Typ ………………………....  Model …………………...….  Producent…………………..  Kraj pochodzenia ………….. |
|  | Rok produkcji | | 2022/2023 |
|  | Certyfikat CE | | |
|  | Oftalmoskop pośredni, bezprzewodowy | | |
|  | Oftalmoskop na opasce czołowej z co najmniej 3 pokrętłami regulacji | | ≤3 pokrętła - 0 pkt.  4 pokrętła - 10 pkt. |
|  | Oświetlenie LED i żarówka ksenonowa, dwa źródła światła w zestawie. Z możliwością szybkiej zmiany podczas badania. | | |
|  | Czas pracy oświetlenia LED wynosi 10.000 godzin (± 500 godzin) | | |
|  | 2 baterie litowo-polimerowe typu Slimline w zestawie | | |
|  | Zastosowany optyczny system typu IOS | | |
|  | Wbudowane filtry: zielony, niebieski, dyfuzor. | | |
|  | Wbudowane przysłony indywidualizujące badanie /szerokokątna, pośrednia, wąska/. | | |
|  | Płynna regulacja mocy światła /od 2% do 100%/. | | |
|  | Regulacja rozstawu źrenic 48-76 mm. | | |
|  | Zasilacz sieciowy z uchwytem ściennym w formie wieszaka na urządzenia. | | |
|  | Ładowarka do baterii | | |
|  | Wgłabiacz na wyposażeniu. | | |
|  | Wyposażony w podwójny podgląd asystenta. | | |
|  | Soczewka 20D, pole widzenia: 46°/60°, powiększenie obrazu: 3.13x | | |
|  | Ściereczka do optyki | | |
|  | **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 | | |
|  | 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* |
|  |  |