**Załącznik nr 5 do SWZ**

**Załącznik nr 1 do umowy LI.262.5.4.2023**

**FORMULARZ CENOWO –TECHNICZNY - zadanie nr 4**

1. 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** | **Fotele do terapii jednodniowej** | **szt.** | **10** |  |  |  |  |  |
| **Razem cena oferty** | | | |  |  | **-** | **-** |  |

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

Oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny z niżej wskazanymi parametrami:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fotele do terapii jednodniowej – 10 szt.** | | | Typ ………………………….  Model ……………………….  Producent…………………..  Kraj pochodzenia ………….. |
|  | Rok produkcji | | 2023 |
|  | Certyfikat CE | | |
|  | Fotel przeznaczony do ułożenia pacjenta w pozycji siedzącej lub leżącej podczas terapii jednodniowej: podawania cytostatyków, dializ, poboru krwi oraz chemioterapii | | |
|  | Długość całkowita 215 cm ± 5% | | |
|  | Minimalna szerokość siedziska 57-60 cm | | |
|  | Maksymalna szerokość fotela wraz z podłokietnikami 85 cm | | |
|  | Regulacja segmentu oparcia pleców w zakresie minimum: +74°do -15° | | |
|  | Elektryczna regulacja oparcia, siedziska, wysokości oraz podudzia, za pomocą pilota.  Regulacja segmentu podudzia w zakresie minimum: -35°do+15°  Regulacja wysokości leża w zakresie minimalnym 55-75 cm (±1 cm) | | |
|  | Przechył Trendelenburga w zakresie min. -14° | | |
|  | Konstrukcja fotela wykonana z metalowych elementów – malowanych proszkowo | | |
|  | Waga fotela ≤ 70kg | | |
|  | Maksymalne obciążenie ≥ 180 kg | | |
|  | Fotel przejezdny na 4 kołach o średnicy 7-10 cm z możliwością blokady kół | | |
|  | Segment podudzia wyposażony w tapicerowany podnóżek o regulowanym wysuwie. | | |
|  | Tapicerka wykonana z materiału odpornego na czyszczenie oraz środki dezynfekcyjne | | |
|  | Możliwość łatwego demontażu materaca oraz poszycia bez użycia dodatkowych narzędzi. | | |
|  | Możliwość wyboru kolorystyki z palety ral po podpisaniu umowy z wykonawcą | | |
|  | Fotel wyposażony w dwa podłokietniki z regulowaną wysokością oraz kątem ustawienia, w pozycji Trendelenburga składane na równo z segmentem siedziska | | |
|  | Zintegrowany stojak na kroplówkę | | |
|  | **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. | Częstotliwość przeglądów …………………….. | |

***\*w rubryce „Oferowana parametry/funkcje/warunki\*” Wykonawca zobowiązany jest zamieścić wymagane   
informacje, tj.: wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.***

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.

|  |  |
| --- | --- |
| …….............…………….., dnia ...............r | ………………………………………………  *Imię i nazwisko osoby uprawionej do reprezentowania*  *Wykonawcy uwierzytelniającego oświadczenie kwalifikowanym*  *podpisem elektronicznym* |
|  |  |