**Opis przedmiotu zamówienia – formularz cenowy**

**INHALATOR PNEUMATYCZNY *z wibracją i nadciśnieniem z zestawem inhalacyjnym (i dodatkowymi akcesoriami )***

**Wymagana ilość: 1 (jedna) sztuka**

|  |  |
| --- | --- |
| **pełna nazwa i adres siedziby Wykonawcy** |  |

Ja/My\* oferuję/-my **………………………………………………………………………..** *(należy podać model, symbol oraz producenta*), zgodny z niżej wymienionymi parametrami:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp** | Pozycja asortymentowa oraz parametry (funkcje) wymagane (minimalne) | **potwierdzenie spełniania wymagań**  **TAK/NIE\*** |
| 1 | Inhalator musi być fabrycznie nowy, rok produkcji 2023.  Nie dopuszcza się egzemplarzy powystawowych, rekondycjonowanych, demonstracyjnych, itp. | **TAK/NIE\*** |
| 2 | W komplecie - zestaw inhalacyjny MS1 z końcówką nosową w rozmiarze średnim | **TAK/NIE\*** |
| 3 | Dodatkowe akcesoria – **zestaw inhalacyjny MS1 dla dorosłych** - 1 szt. **końcówka nosowa średnia** – 4 szt. | **TAK/NIE\*** |
| 4 | Wymiary : 38 x 25 x 20 cm | **TAK/NIE\*** |
| 5 | Regulacja nadciśnienia : 20 do 50 bar. | **TAK/NIE\*** |
| 6 | Tryb pracy : ciągły | **TAK/NIE\*** |
| 7 | Napięcie : AC 230V ( ˜230V) 50Hz | **TAK/NIE\*** |
| 8 | Max. Pobór mocy 105 VA | **TAK/NIE\*** |
| 9 | Pojemność nebulizatora : max. 12 ml – min. 3 ml | **TAK/NIE\*** |
| 10 | Ciśnienie robocze : >400 hPA | **TAK/NIE\*** |
| 11 | Hałas : < 65.6 dBA | **TAK/NIE\*** |
| 12 | Przepływ powietrza : 5.15 L/min | **TAK/NIE\*** |
| 13 | Gwarancja minimum 36 miesięcy | **TAK/NIE\*** |
| 14 | Autoryzowany serwis na terenie Polski | **TAK/NIE\*; należy podać lokalizację** |
| 15 | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy( nie dłuższy niż 48h w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowa wolnych od pracy) liczony od dnia zgłoszenia usterki | **TAK/NIE\*** |
| 16 | Czas naprawy gwarancyjnej w terminie do 7 dni roboczych od daty zgłoszenia awarii bez wymiany części i do 14 dni roboczych jeżeli naprawa wymaga wymiany części zamiennych | **TAK/NIE\*** |
| 17 | Godziny przyjmowania zgłoszeń serwisowych przez Wykonawcę od 8:00 do 15.30 w dni robocze | **TAK/NIE\*** |
| 18 | Informacja o rodzajach i częstotliwości wymaganych lub zalecanych przez producenta przeglądów urządzenia | **TAK/NIE\*** |
| 19 | W okresie gwarancji 3 wymiany tej samej części/ podzespołu powodują wymianę części/podzespołu urządzenia na nową | **TAK/NIE\*** |
| 20 | Dostępność części zamiennych przez okres 5 lat od dostawy urządzenia | **TAK/NIE\*** |
| 21 | Urządzenie medyczne klasy IIa w zgodności z Dyrektywą 93/42/EWG | **TAK/NIE\*** |
| **Wartość netto :** | | ……….. PLN,  (słownie złotych brutto …………….) |
| Podatek VAT: | |  |
| **Wartość brutto :** | | ……….. PLN,  (słownie złotych brutto …………….) |

„\*” – należy skreślić niewłaściwe

..................................., dn. ................... ......................................................

*(podpis Wykonawcy)\*\**

„\*\*” - dokument powinien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osoby upoważnione do reprezentowania Wykonawcy)