

Załącznik nr 2 do SIWZ

....., dnia
(miejscowość)

(pieczęć firmowa Wykonawcy)

FORMULARZ OFERTY

Dane Wykonawcy:

Adres (siedziba) Wykonawcy:

Tel. Fax

NIP: REGON:

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym na:

**sprzedaż i dostawę aparatury i urządzeń medycznych dla potrzeb
Szpitala Powiatowego w Mielcu, znak SzP.ZP.271.16.18**

oferujemy realizację w/w Przedmiotu Zamówienia:

I. Cena oferty:

Grupa 1 - Inkubator zamknięty - szt.1

Asortyment	Nazwa handlowa	Numer katalogowy, producent	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa			Wartość		
					netto	VAT%	brutto	netto (kol. 5x6)	VAT	brutto (kol. 9+10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Całkowita wartość zamówienia										

Informacja na temat spełnienia wymaganych przez Zamawiającego parametrów:

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Urządzenie fabrycznie nowe	TAK	
2.	Rok produkcji 2017 lub nowszy	TAK (podać)	
	Charakterystyka urządzenia:		
3.	Duża przestrzeń pod kopułą zapewniająca komfort dla noworodka i ułatwiająca wykonywanie procedur medycznych	TAK	
4.	Kopuła dwuścienna z aktywną ścianką	TAK	
5.	Kopuła zapewniająca doskonałą widoczność dziecka bez zniekształceń	TAK	
6.	Szerokie otwierane ściany kopuły zapewniające łatwy i wygodny dostęp do dziecka	TAK	
7.	Duże owalne otwory pielęgnacyjne z oparciem na rękę	TAK	
8.	Otwieranie otworów poprzez nacisk łokciem	TAK	
9.	Ciche zamknięcia otworów drzwiczkami	TAK	

10.	Dodatkowe uszczelnione otwory na rury i przewody	TAK	
11.	Otwory na przewody i rury zapewniające również dobry dostęp wtedy, kiedy materacyk jest podwyższony	TAK	
12.	Duży materacyk z płynną i bardzo cichą regulacją nachylenia	TAK	
13.	Możliwość wykonania zdjęć RTG bez konieczności ruszania noworodka	TAK	
14.	Kurtyna ciepłego powietrza	TAK	
15.	Dwustrumieniowa cyrkulacja powietrza zapewniająca równomierne ogrzewanie i redukcję utraty ciepła noworodka	TAK	
16.	Dwa układy regulacji temperatury: <ul style="list-style-type: none"> - automatyczny (serwo) bazujący na pomiarach temperatury skóry noworodka - ręczny bazujący na pomiarach temperatury w powietrzu pod kopułą 	TAK	
17.	Układy regulacji temperatury posiadające funkcję nadregulacji (ponad 37°C)	TAK	
18.	Pomiar temperatury skóry z dwóch punktów	TAK	
19.	Podwójny układ mikroprocesorów do kontroli i regulacji temperatury gwarantujący pełne bezpieczeństwo	TAK	
20.	Mierzone i ustawione wartości temperatury podawane na 8" kolorowym wyświetlaczu o bardzo dobrej widoczności	TAK	
21.	Układ regulacji stężenia tlenu: <ul style="list-style-type: none"> - automatyczny – utrzymujący stały nastawiony poziom koncentracji tlenu 	TAK	
22.	Pomiar stężenia tlenu z możliwością ustawienia granic alarmu	TAK	
23.	Elektroniczny system pomiaru wilgotności	TAK	
24.	Nawilżacz typu kompakt składający się ze zbiornika wody i komory odparowania wyjmowany jednym ruchem ręki od strony czołowej	TAK	
25.	Nawilżacz umieszczony poza przedziałem noworodka	TAK	
26.	Wszystkie elementy nawilżacza można myć i dezynfekować	TAK	
27.	Do nawilżacza wykorzystywana jest para wodna, co redukuje ryzyko przeniesienia infekcji	TAK	
28.	Wszystkie czujniki pomiarowe zgrupowane w jednej głowicy	TAK	
29.	Inkubator wyposażony w pulsoxymetr	TAK	
30.	Bardzo cicha praca inkubatora poniżej 44 dB	TAK (podać)	
31.	Filtr elektrostatyczny zapewniający bardzo dużą czystość zasysanego powietrza	TAK	
32.	Łatwa wymiana filtru	TAK	
33.	Pełny system alarmów wizualnych i dźwiękowych gwarantujący bezpieczeństwo noworodka	TAK	
34.	Automatyczne testowanie przy każdym włączeniu inkubatora	TAK	
35.	Pamięć nastawionych parametrów	TAK	
36.	Duże, czytelne wyświetlacze parametrów monitorowanych i nastawionych	TAK	
37.	Elektryczna regulacja wysokości	TAK	
38.	Łatwy do mycia i dezynfekcji	TAK	
39.	Szuflada na drobne akcesoria	TAK	

	Warunki gwarancji i serwisu:		
40.	Gwarancja min. 24 miesiące przy czym czas gwarancji będzie się liczył od dnia zamontowania i przekazania protokołem zdawczo-odbiorczym	TAK (podać)	
41.	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostarczyć wraz z urządzeniem)	TAK	
42.	Certyfikat CE	TAK	
43.	Przegląd wg zaleceń producenta w trakcie trwania gwarancji na koszt Wykonawcy	TAK	
44.	Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	

Okres gwarancji: miesięcy

Termin wykonania zamówienia: dni

Grupa 2 - Platforma elektrochirurgiczna z systemem zamykania naczyń oraz resekcją bipolarną wraz z oprzyrządowaniem szt.1

Asortyment	Nazwa handlowa	Numer katalogowy, producent	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa			Wartość		
					netto	VAT%	brutto	netto (kol. 5x6)	VAT	brutto (kol. 9+10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Całkowita wartość zamówienia										

Informacja na temat spełnienia wymaganych przez Zamawiającego parametrów:

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Urządzenie fabrycznie nowe	TAK	
2.	Rok produkcji 2017 lub nowszy	TAK (podać)	
Platforma elektrochirurgiczna z systemem zamykania naczyń oraz resekcją bipolarną – charakterystyka urządzenia:			
3.	Urządzenie mono i bipolarne z systemem zamykania naczyń do 7 mm włącznie oraz resekcją bipolarną	TAK	
4.	Zasilanie elektryczne z sieci 220 do 240 V AC, zakres częstotliwości sieci zasilającej (nominalnie): 47 Hz do 63Hz	TAK	
5.	Urządzenie spełniające normy ICE 60601-1, edycja 2.0, 3.1; IEC 60601-2-2, edycja 4.0,5.0; IEC 60601-1-2, edycja 2.1, 3.0, 4.0 oraz ICE 60601-1-8, edycja 2.1	TAK	
6.	Zabezpieczenie przed przeciążeniem aparatu oraz w przypadku przejścia z zasilania prądem zmiennym na zasilanie z awaryjnego źródła napięcia urządzenie pracuje normalnie, bez żadnych błędów ani awarii systemu (IEC 60601-1; IEC 60601-2-2 podpunkt 51.101 i ANSI/AAMI HF18)	TAK	
7.	Aparat z zabezpieczeniem przed impulsem defibrylacji zgodnie z normą IEC60601-1; IEC 60601-2-2 i ANSI/AAMI HF18)	TAK	
8.	Automatyczny test urządzenia po uruchomieniu	TAK	
9.	7-calowy ekran dotykowy LCD	TAK	
10.	Informacja o poprawnym podłączeniu elektrody biernej na wyświetlaczu urządzenia	TAK	
11.	System wykonujący 430 000 operacji logicznych na sekundę, stale badając oporność koagulowanej tkanki	TAK	

12.	Koagulacja w systemie zamykania naczyń osiągnana w czasie 1-4 sekund	TAK	
13.	Urządzenie wyposażone w gniazda (minimum): a) panel przedni: – gniazdo uniwersalnego portu przełącznika nożnego (UFP), Monopolar 1 – gniazdo narzędzia Monopolar 2 – gniazdo bipolarne – gniazdo do systemu zamykania naczyń oraz resekcji bipolarnej – gniazdo do podłączenia elektrody biernej b) panel tylny: – gniazdo sterownika nożnego Monopolarnego 1 – gniazdo sterownika nożnego Monopolarnego 2 – gniazdo sterownika nożnego bipolarnego – gniazdo do sterownika nożnego do systemu zamykania naczyń/resekcji bipolarnej – gniazdo Ethernet (serwisowe) – antena WiFi (serwisowe) – gniazdo sterowania ewakuatorem dymu oraz zapisu EKG – zacisk uziemienia ekwipotencjalnego – gniazdo przewodu sieciowego	TAK	
14.	Tryby monopolarne: a) cięcie czyste (cut), b) cięcie mieszane (blend), c) zaawansowany tryb monopolarny pozwalający uzyskać wyjątkową kombinację hemostazy i rozcinania. Użytkownik może zwolnić cięcie aby uzyskać większą hemostazę (<i>koagulacje</i>) i przyspieszyć aby uzyskać lepsze rozcinanie (<i>cięcie</i>) d) koagulacja wyżarzanie, bezkontaktowa (fulgurate) e) koagulacja rozpylanie (spray) f) koagulacja łagodna (soft), ciągła sinusoida o częstotliwości 434 Hz	TAK	
15.	Tryby bipolarne: a) niski (moc max. 15W) b) standardowy (moc max. 40W) c) makro (moc max. 95W)	TAK	
16.	Funkcja autobipolar – możliwość automatycznego rozpoczęcia i zakończenia pracy oraz samodzielnej regulacji przez personel medyczny czasu opóźnienia funkcji auto-start z dokładnością do co 0,5 sekundy w zakresie od 0 do 2,5 sekundy.	TAK	
17.	System zamykania naczyń pozwalający zespalać tętnice, żyły i naczynia limfatyczne o średnicy do 7mm włącznie oraz wiązki tkanek w oparciu o system ciągłego pomiaru parametrów tkanki (indywidualnie dla każdego pacjenta) umożliwiający precyzyjną regulację wydatku energii dla uzyskania pożądanego efektu tkankowego (chirurgicznego) oraz ciśnienia elektrody przez ściśle określony okres czasu	TAK	
18.	Tryb bipolarny moc max. 95 W	TAK (podać)	
19.	Cięcie monopolarne tryb czysty moc max. 300 W	TAK (podać)	
20.	Cięcie monopolarne tryb mieszany moc max. 200 W	TAK (podać)	
21.	Zaawansowany tryb monopolarny pozwalający uzyskać wyjątkową kombinację hemostazy i rozcinania. Użytkownik może zwolnić cięcie aby uzyskać większą hemostazę (koagulacje) i przyspieszyć aby uzyskać lepsze rozcinanie (cięcie) moc max.	TAK	

	200 W		
22.	Koagulacja monopolarna – wyżarzanie moc max. 120 W	TAK (podać)	
23.	Koagulacja monopolarna - rozpylanie moc max. 120 W	TAK (podać)	
24.	System zamykania naczyń moc max. 350 W	TAK (podać)	
25.	Resekcja bipolarna moc max. cięcie 375 W i koagulacja 175 W	TAK (podać)	
26.	Aktywacja trybu monopolarnego z włącznika nożnego i uchwytu elektrody czynnej	TAK	
27.	Aktywacja koagulacji bipolarnej z włącznika nożnego i automatycznie	TAK	
28.	Możliwość zapamiętania ostatnich nastawień	TAK	
29.	Wizualna i akustyczna sygnalizacja nieprawidłowego działania urządzenia: komunikaty i opisy nieprawidłowości w języku polskim, kody serwisowe, pamięć kodów	TAK	
30.	Zróznicowany sygnał dźwiękowy dla trybów alarmowych	TAK	
31.	Urządzenie wyposażone w system zabezpieczenia pacjenta przed poparzeniem w polu przylegania płytki biernej - automatyczny, adaptacyjny system bezpieczeństwa dla elektrody powrotnej w zakresie min 5-135 Ohm	TAK	
32.	W razie złej aplikacji elektrody powrotnej, aparat alarmuje o stanie zagrożenia – sygnałem dźwiękowym zgodnie z normą 60601-2-2 - 65 dBA (bez możliwości zewnętrznej regulacji) i wizualnie za pomocą wyświetlanych na ekranach komunikatach. W konsekwencji przerywana jest praca aparatu	TAK	
33.	Zróznicowany sygnał dźwiękowy dla różnych trybów pracy z możliwością swobodnej regulacji głośności (nie dotyczy dźwięków alarmowych)	TAK	
34.	Wizualizacja nastawianej mocy	TAK	
35.	Gniazda przyłączeniowe automatycznie rozpoznające podłączone narzędzie	TAK	
36.	Możliwość ustawiania mocy zaawansowanego trybu monopolarnego ze sterylnej pola	TAK	
37.	Możliwość bezpłatnej aktualizacji oprogramowania w urządzeniu przez użytkownika (update)	TAK	
38.	Komunikaty w języku polskim	TAK	
39.	Skuteczność systemu zamykania naczyń potwierdzona badaniami	TAK	
	Oprzętyżądowanie:		
40.	Kleszczyki wielorazowe do elektrody systemu zamykania naczyń 7 mm włączanie, dł. 25 cm, zakrzywione pod kątem 30 stopni – szt 2	TAK	
41.	Elektroda jednorazowego użytku wpinana do w/w kleszczyków – szt 24	TAK	
42.	Laparoskopowe narzędzie do preparowania , uszczelniania i rozdzielania naczyń, śred. 7 mm, dł. 37 cm śred. trzonu 5 mm, aktywowana ręcznie lub nożnie -szt 6	TAK	
	Warunki gwarancji i serwisu:		
43.	Gwarancja min. 24 miesiące, przy czym czas gwarancji będzie się liczył od dnia zamontowania i przekazania protokołem zdawczo-odbiorczym	TAK (podać)	

44.	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostarczyć wraz z urządzeniem)	TAK	
45.	Certyfikat CE	TAK	
46.	Przegląd wg zaleceń producenta w trakcie trwania gwarancji na koszt Wykonawcy	TAK	
47.	Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	

Okres gwarancji: miesięcy

Termin wykonania zamówienia: dni

Grupa 3 - Aparat do hemodializy - szt.2

Asortyment	Nazwa handlowa	Numer katalogowy, producent	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa			Wartość		
					netto	VAT%	brutto	netto (kol. 5x6)	VAT	brutto (kol. 9+10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Całkowita wartość zamówienia										

Informacja na temat spełnienia wymaganych przez Zamawiającego parametrów:

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Urządzenie fabrycznie nowe	TAK	
2.	Rok produkcji 2017 lub nowszy	TAK (podać)	
Aparat do hemodializy szt.2 – charakterystyka urządzenia:			
3.	Aparat wyposażony w jedną pompę krwi	TAK	
4.	Zasilanie elektryczne 230V/50Hz/16A	TAK	
5.	Zasilanie wodne 0.5 ÷6 bar	TAK	
6.	Wykonanie zabiegów: HD, UF	TAK	
7.	Możliwość realizacji dializy jednoigłowej	TAK	
8.	Automatyczne niezależne profilowanie sodu i wodorowęglanu	TAK	
9.	Automatyczne profilowanie ultrafiltracji	TAK	
10.	Automatyczne profilowanie temperatury płynu dializacyjnego	TAK	
11.	Filtr płynu dializacyjnego	TAK	
12.	Monitor automatycznego pomiaru ciśnienia krwi i tętna pacjenta w trakcie zabiegu	TAK	
13.	Automatyczna pompa heparyny z możliwością profilowania podaży i programowania automatycznego bolusa	TAK	
14.	Regulacja przepływu krwi: 50 do 600 ml/min.	TAK	
15.	Regulacja przepływu płynu dializacyjnego: 300 do 800 ml/min (max co 100 ml/min)	TAK	
16.	Ciągły objętościowy pomiar ultrafiltracji	TAK	
17.	Tryb oszczędnościowy: brak zużycia wody oraz koncentratu w trybie oczekiwania	TAK	
18.	Programowanie procedur dezynfekcji: termicznej, cytotermicznej, chemicznej	TAK	
19.	Możliwość dezynfekcji i czyszczenia z użyciem środków dezynfekcyjnych od niezależnych producentów	TAK	

20.	Automatyczna dezynfekcja ssawek koncentratu po każdym zabiegu	TAK	
21.	Archiwizacja wykonanych dezynfekcji aparatu (min. 100)	TAK	
22.	Pamięć składu koncentratów (min. 10 składów)	TAK	
23.	Obliczanie przez aparat parametru Kt/V	TAK	
24.	Ekran dotykowy umożliwiający obsługę aparatu (min. 15")	TAK	
25.	Programowanie automatycznego włączenia i wyłączenia aparatu	TAK	
26.	Zasilanie awaryjne (min. 15 minut)	TAK	
27.	Dostęp do programu serwisowego w trakcie zabiegu, umożliwiający podgląd parametrów aparatu	TAK	
Warunki gwarancji i serwisu:			
28.	Gwarancja min. 24 miesiące przy czym czas gwarancji będzie się liczył od dnia zamontowania i przekazania protokołem zdawczo-odbiorczym	TAK (podać)	
29.	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostarczyć wraz z urządzeniem)	TAK	
30.	Certyfikat CE	TAK	
31.	Przegląd wg zaleceń producenta w trakcie trwania gwarancji na koszt Wykonawcy	TAK	
32.	Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
Inne			
33.	Oprogramowanie w języku polskim	TAK	

Okres gwarancji: miesięcy

Termin wykonania zamówienia: dni

Grupa 4 - Napęd do chirurgii ortopedycznej szt.1

Asortyment	Nazwa handlowa	Numer katalogowy, producent	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa			Wartość		
					netto	VAT%	brutto	netto (kol. 5x6)	VAT	brutto (kol. 9+10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Całkowita wartość zamówienia										

Informacja na temat spełnienia wymaganych przez Zamawiającego parametrów:

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Urządzenie fabrycznie nowe	TAK	
2.	Rok produkcji 2017 lub nowszy	TAK (podać)	
Napęd wiertarski szt. 1 – charakterystyka urządzenia:			
3.	Obroty wiercenia lewo/prawo/oscylacja	TAK	
4.	Wybór między wiertarskim a wolnoobrotowym trybem pracy z przełącznikiem w napędzie	TAK	
5.	Obroty wiercenia (DRILL) 0÷1200 obr/min na wszystkich nasadkach	TAK	
6.	Obroty frezowania (REAM) 0÷270 obr/min na wszystkich nasadkach	TAK	

7.	Maksymalny moment obrotowy 4.63Nm w trybie wiertarskim (DRILL)	TAK	
8.	Maksymalny moment obrotowy 17.74Nm w trybie frezowania (REAM)	TAK	
9.	Kaniulacja wzdłuż osi napędu: 4.25mm	TAK	
10.	Dwa przyciski do uruchamiania obrotów lewo/prawo osobnymi przyciskami oraz oscylacyjny tryb pracy (wciśnięte dwa przyciski)	TAK	
11.	Waga: max. 0.99kg	TAK	
12.	Zatraskowy montaż akumulatorów, nasadek, adapterów bez użycia dodatkowych narzędzi	TAK	
13.	Możliwość zasilania napędów akumulatorami sterylnymi i niesterylnymi	TAK	
14.	Metalowa obudowa napędów w postaci rękojeści pistoletowej ze stopów metali nierdzewnych	TAK	
15.	Silniki napędów sterowane elektronicznie o mocy znamionowej 250W z ograniczeniem prądowym mocy maksymalnej 600W	TAK	
16.	Silniki bezszczotkowe - nie wymagają konserwacji i smarowania	TAK	
17.	Zabezpieczenie przed przypadkowym uruchomieniem (przycisk blokady na obudowie)	TAK	
18.	Zabezpieczenie przed przeciążeniem	TAK	
19.	Akumulatory dołączane od dołu rękojeści napędu	TAK	
20.	Metody sterylizacji – autoklaw sterylizacja parowa w tem.121 stopni C lub 134 stopni C	TAK	
	Osprzęt:		
21.	Akumulatory niesterylne – szt.2	TAK	
22.	Typ ogniwa akumulatora: NiCd	TAK	
23.	Napięcie wyjściowe 9.6V	TAK	
24.	Pojemność: 1.2Ah	TAK	
25.	Energia: 11.52Wh	TAK	
26.	Waga: max. 0.55kg	TAK	
27.	Metody sterylizacji: autoklaw sterylizacja parowa w tem.121 stopni C lub 134 stopni C	TAK	
28.	Nasada do drutów Kirschnera o rozmiarze od 0,7-1,8mm – szt.1	TAK	
29.	Nasada do drutów Kirschnera o rozmiarze od 2,0-3,2 mm – szt.1	TAK	
30.	Nasada wiertarska trójszczękowa kluczkowa Jacobs 6.35 mm z kluczykiem – szt.1	TAK	
31.	Kaseta sterylizacyjna na min 2 napędy – szt.1	TAK	
	Warunki gwarancji i serwisu:		
32.	Gwarancja na napęd wraz z uchwytami min. 24 miesiące	TAK (podać)	
33.	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostarczyć wraz z urządzeniem)	TAK	
34.	Certyfikat CE	TAK	
35.	Przegląd wg zaleceń producenta w trakcie trwania gwarancji na koszt Wykonawcy	TAK	

36.	Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
-----	--	-----	--

Okres gwarancji: miesięcy

Termin wykonania zamówienia: dni

Grupa 5 - Lampa łóżeczkowa do fototerapii LED - szt.1

Asortyment	Nazwa handlowa	Numer katalogowy, producent	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa			Wartość		
					netto	VAT%	brutto	netto (kol. 5x6)	VAT	brutto (kol. 9+10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Całkowita wartość zamówienia										

Informacja na temat spełnienia wymaganych przez Zamawiającego parametrów:

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Urządzenie fabrycznie nowe	TAK	
2.	Rok produkcji 2017 lub nowszy	TAK (podać)	
Charakterystyka urządzenia			
3.	Diody LED emitujące niebieskie światło w widmie 450-470 nm	TAK	
4.	Działa na całej długości dziecka	TAK	
5.	Urządzenie wyłączające się automatycznie w przypadku podwyższenia temperatury powierzchni – migająca lampka sygnalizująca personelowi konieczność sprawdzenia, czy nie zostało zablokowane chłodzenie powietrzem lub czy nie wzrosła temperatura otoczenia	TAK	
6.	Zegar mierzący czas używania panelu z diodami LED	TAK	
7.	Panel, na którym rozmieszczone są diody zaprojektowany w sposób umożliwiający opiekę nad pacjentem bez konieczności przerywania fototerapii	TAK	
8.	Ilustracja na panelu wskazująca właściwe ułożenie dziecka	TAK	
9.	Urządzenie lekkie i przenośne, ażeby można było umieścić w łóżeczku, inkubatorze lub na ogrzewaczu promiennikowym	TAK	
Warunki gwarancji i serwisu			
10.	Gwarancja min. 24 miesiące przy czym czas gwarancji będzie się liczył od dnia zamontowania i przekazania protokołem zdawczo-odbiorczym	TAK (podać)	
11.	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostarczyć wraz z urządzeniem)	TAK	
12.	Certyfikat CE	TAK	
13.	Przegląd wg zaleceń producenta w trakcie trwania gwarancji na koszt Wykonawcy	TAK	
14.	Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	

Okres gwarancji: miesięcy

Termin wykonania zamówienia: dni

Grupa 6 - Ciepłe gniazdko – opieka termiczna nad noworodkiem - szt.1

Asortyment	Nazwa handlowa	Numer katalogowy, producent	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa			Wartość		
					netto	VAT%	brutto	netto (kol. 5x6)	VAT	brutto (kol. 9+10)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Całkowita wartość zamówienia										

Informacja na temat spełnienia wymaganych przez Zamawiającego parametrów:

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Urządzenie fabrycznie nowe	TAK	
2.	Rok produkcji 2017 lub nowszy	TAK (podać)	
	Charakterystyka:		
3.	Materacyk wodny z kołnierzem	TAK	
4.	Moduł sterowania	TAK	
5.	Panel grzewczy	TAK	
6.	Czujniki monitorujące system i temperaturę	TAK	
7.	Czujnik temperatury skóry	TAK	
8.	Pokrowce wielokrotnego użytku	TAK	
9.	Prześcieradła jednorazowego użytku	TAK	
10.	Zacisk do statywu	TAK	
	Warunki gwarancji i serwisu:		
11.	Gwarancja min. 24 miesiące przy czym czas gwarancji będzie się liczył od dnia zamontowania i przekazania protokołem zdawczo-odbiorczym	TAK (podać)	
12.	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostarczyć wraz z urządzeniem)	TAK	
13.	Certyfikat CE	TAK	
14.	Przegląd wg zaleceń producenta w trakcie trwania gwarancji na koszt Wykonawcy	TAK	
15.	Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	

Okres gwarancji: miesięcy

Termin wykonania zamówienia: dni

II. Oświadczamy, że:

- * zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń,
- * wzór Umowy wraz z Protokołem zdawczo-odbiorczym załączony do SIWZ akceptujemy bez zastrzeżeń i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do jej podpisania w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego,
- * oferowany jest kompletny i będzie po dostawie do Zamawiającego gotowy do podjęcia działalności medycznej, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji,
- * dostawy będziemy realizować transportem własnym, na swój koszt i ryzyko loco-magazyn Zamawiającego

- * termin płatności za dostarczony towar wynosił będzie 60 dni od dnia doręczenia Zamawiającemu prawidłowo i zgodnie z umową wystawionej faktury, na rachunek bankowy Wykonawcy, prowadzony przez o numerze
- * wyszczególnione w złożonej ofercie ceny jednostkowe **pozostaną niezmiennie przez okres trwania umowy**, z zastrzeżeniem przypadków wskazanych w umowie,
- * uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od terminu składania ofert,
- * oświadczamy, że zamówienie **zrealizujemy sami/zamierzamy powierzyć** wykonanie następujących części zamówienia (*niepotrzebne skreślić*)
podwykonawcom (*o ile jest to wiadome, podać firmy podwykonawców*),
- * oświadczam, że jestem **małym /średnim/ dużym** przedsiębiorcą (*niepotrzebne skreślić*)
małe przedsiębiorstwo - przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR,
średnie przedsiębiorstwo - przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR,
- * oświadczam, że wybór naszej oferty **będzie / nie będzie** (*niepotrzebne skreślić*) prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług (art. 91 ust. 3a ustawy Prawo Zamówień Publicznych).
Obowiązek podatkowy będzie dotyczył:
.....
(wpisać nazwę/rodzaj towaru lub usługi, które będą prowadziły do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług), objętych przedmiotem zamówienia, podlegających mechanizmowi odwróconego obciążenia VAT, a ich wartość netto (bez kwoty podatku) będzie wynosiła
(wpisać wartość netto towaru lub usługi podlegających mechanizmowi odwróconego obciążenia VAT, wymienionych wcześniej

..... (miejsowość), dnia r.

.....
(podpis)