**Załącznik nr 3. Formularz cenowy.**

**Zadanie nr 1. Kardiotokograf** – 1 sztuka.

**Parametry wymagalne**

Producent:

Urządzenie typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis przedmiotu zamówienia | Parametry wymagane | Parametry oferowane |
| 1 | Zakres działania sond 1 MHz | tak |  |
| 2 | Dźwiękowy i świetlny alarm w ekstremalnej pracy serca płodu | tak |  |
| 3 | Wydruk pracy serca płodu w zakresie min 120/160 bmp | tak |  |
| 4 | Krzywa TOCO 0-99 jednostek | tak |  |
| 5 | Wbudowana wewnątrz drukarka termiczna | tak |  |
| 6 | Możliwość zmiany prędkości wydruku | tak |  |
| 7 | Prezentacja wartość i poziom sygnału FHR | tak |  |
| 8 | Zapis ruchów płodu – automatyczny i ręczny | tak |  |
| 9 | Funkcja automatycznego identyfikowania ruchów płodu | tak |  |
| 10 | Zapis w czasie rzeczywistym krzywej ciśnienia macicznego oraz oznaczenie ruchów płodu | tak |  |
| 11 | Dwie głowice dopplerowskie | tak |  |
| 12 | Prezentacja wartość TOCO | tak |  |
| 13 | Prezentacja FM | tak |  |
| 14 | Analiza zapisu | tak |  |
| 15 | Zakres pomiaru FHR od 50 BPM do 210 BPM | tak |  |
| 16 | Dopuszczalny błąd pomiaru +/- 1 BPM | tak |  |
| 17 | Funkcja autozerowania głowicy TOCO | tak |  |
| 18 | Możliwość wydruku na papierze faksowym termo czułym A4 i formatu B5 | tak |  |
| 19 | Wyświetlacz typu LCD kolorowy 4,7” | tak |  |
| 20 | Pamięć pomiarów min 12 h | tak |  |
| 21 | Gwarancja minimum 24 m-ce | tak |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 19. | maksymalny czas usunięcia awarii po jej zgłoszeniu telefonicznie bądź faksem – nie dłużej niż 7 dni | tak |  |
| 20. | Wykonawca gwarantuje, że dostarczony sprzęt jest fabrycznie nowy, posiada wszelkie wymagane certyfikaty do zastosowań medycznych | tak |  |
| 21. | Szkolenie w zakresie obsługi dla wszystkich użytkowników w/w sprzętu. | tak |  |
| 22. | Wymagane dokumenty:  1) Deklaracja zgodności CE  2) Ulotki informacyjne + karty katalogowe  3) Wpis do Rejestru wyrobów Medycznych - jeżeli jest wymagany | tak |  |

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych i ocenianych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych i ocenianych zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.

2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza typowymi, znormalizowanymi materiałami eksploatacyjnymi i przygotowaniem adaptacyjnym pomieszczenia).

Wartość brutto (cyfrowo i słownie): ………………………………………………….

Wartość netto (cyfrowo i słownie): ……………………………………………………

Podatek VAT ……………zł słownie: …………………………………………………

Cena jednej roboczogodziny bez dojazdu serwisu pogwarancyjnego wynosi nie więcej jak ……..% minimalnego wynagrodzenia brutto w danym roku, tj.:

brutto ………….. zł, słownie:.………………………………………………………………………...

netto: ……………. zł, słownie:……………………………………………………………………….

podatek VAT ……………zł słownie: ………………………………………………………………..

Koszt serwisowania z niezbędną wymianą podzespołów w okresie dwuletnim:

brutto…………………..zł, słownie:…………………………………………………………………..

netto: ……………. zł, słownie:……………………………………………………………………….

podatek VAT ……………zł, słownie: ………………………………………………………………..

**Zadanie nr 2. Komora laminarna** – 1 sztuka.

**Parametry wymagalne**

Producent:

Urządzenie typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane** |
| 1 | Zasilanie 230V 50Hz | tak |  |
| 2 | Przepływ powietrza laminarny pionowy | tak |  |
| 3 | Filtr wstępny klasy EU3 wg. Normy PN-EN 779 | tak |  |
| 4 | Filtr główny absolutny HEPA EN 1800 | tak |  |
| 5 | Sterowanie ręczne | tak |  |
| 6 | Lampa oświetlenia przestrzeni roboczej > 1200 lux | tak |  |
| 7 | Lampa bakteriobójcza UV 18W | tak |  |
| 8 | Licznik czasu pracy komory i lampy UV | tak |  |
| 9 | Gniazda elektryczne na obudowie komory | tak |  |
| 10 | Blat roboczy ze stali nierdzewnej | tak |  |
| 11 | Szerokość przestrzeni roboczej 1000 mm | tak |  |
| 12 | Wysokość przestrzeni roboczej 800 mm | tak |  |
| 13 | Głębokość przestrzeni roboczej 490 mm | tak |  |
| 14 | Bez stolika, ustawiana na blacie szafki | tak |  |
| 15 | Poziom głośności <55db | tak |  |
| 16 | Gwarancja min 24 miesiące | tak |  |
| 17 | Przepływ powietrza laminarny pionowy | tak |  |
| 18 | maksymalny czas usunięcia awarii po jej zgłoszeniu telefonicznie bądź faksem – nie dłużej niż 7 dni | tak |  |
| 19 | Wykonawca gwarantuje, że dostarczony sprzęt jest fabrycznie nowy, posiada wszelkie wymagane certyfikaty do zastosowań medycznych | tak |  |
| 20 | Szkolenie w zakresie obsługi dla wszystkich użytkowników w/w sprzętu. | tak |  |
| 21 | Wymagane dokumenty:  1) Deklaracja zgodności CE  2) Ulotki informacyjne + karty katalogowe  3) Wpis do Rejestru wyrobów Medycznych - jeżeli jest wymagany | tak |  |

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych i ocenianych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych i ocenianych zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.

2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza typowymi, znormalizowanymi materiałami eksploatacyjnymi i przygotowaniem adaptacyjnym pomieszczenia).

Wartość brutto (cyfrowo i słownie): ………………………………………………….

Wartość netto (cyfrowo i słownie): ……………………………………………………

Podatek VAT ……………zł słownie: …………………………………………………

Cena jednej roboczogodziny bez dojazdu serwisu pogwarancyjnego wynosi nie więcej jak ……..% minimalnego wynagrodzenia brutto w danym roku, tj.:

brutto ………….. zł, słownie:.………………………………………………………………………...

netto: ……………. zł, słownie:……………………………………………………………………….

podatek VAT ……………zł słownie: ………………………………………………………………..

Koszt serwisowania z niezbędną wymianą podzespołów w okresie dwuletnim:

brutto…………………..zł, słownie:…………………………………………………………………..

netto: ……………. zł, słownie:……………………………………………………………………….

podatek VAT ……………zł, słownie: ………………………………………………………………..

**Zadanie nr 3. Pompa infuzyjna dwustrzykawkowa –** 1 sztuka.

**Parametry wymagalne**

Producent:

Urządzenie typ:

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| Pompa infuzyjna dwustrzykawkowa | | | |
| 1. | Dostosowanie do strzykawki o obj. (10ml; 20ml;50ml) | tak |  |
| 2. | Praca pompy musi odbywać się także poza siecią zasilającą | tak |  |
| 3. | Prosta obudowa ułatwiająca dezynfekcję | tak |  |
| 4. | Pompa ma być dwustrzykawkowa  (2-torowa) | tak |  |
| 5. | Posiada uchwyt mocujący pompę do stojaka, szyny, łóżka | tak |  |
| 6. | Posiada możliwość zaprogramowania/ nastawienia:  -szybkości (zakres 0,1 ml/godz -200 ml/godz)  -objętości infuzji (objętość do wydozowania),  -alarm końca infuzji | tak |  |
| 7. | Zasilanie 230V 50Hz | tak |  |
| 8. | Wbudowana biblioteka leków | tak |  |
| 9. | Automatyczne rozpoznawanie objętości strzykawki | tak |  |
| 10. | Bolus manualny i automatyczny | tak |  |
| 11. | Programowana szybkość podaży Bolusa | tak |  |
| 12. | Czas pracy z akumulatora min 10h przy inf 5 ml/h | tak |  |
| 13. | Uchwyt do przenoszenia pompy (rączka) nie wymagający demontażu przy przenoszeniu pomp | tak |  |
| 14. | System alarmów:  -nieprawidłowe mocowanie strzykawki,  -pusta strzykawka,  koniec infuzji,  -akumulator rozładowany,  -okluzja,  -pompa uszkodzona | tak |  |
| 15. | Okres gwarancji min. 24 miesiące | tak |  |
| 16. | Załączyć instrukcję obsługi w języku polskim wraz z dostawą aparatu | tak |  |
| 17. | Instrukcja obsługi w j. polskim (z dostawą) | tak |  |
| 18. | maksymalny czas usunięcia awarii po jej zgłoszeniu telefonicznie bądź faksem – nie dłużej niż 7 dni | tak |  |
| 19. | Wykonawca gwarantuje, że dostarczony sprzęt jest fabrycznie nowy, posiada wszelkie wymagane certyfikaty do zastosowań medycznych | tak |  |
| 20. | Szkolenie w zakresie obsługi dla wszystkich użytkowników w/w sprzętu. | tak |  |
| 21. | Wymagane dokumenty:  1) Deklaracja zgodności CE  2) Ulotki informacyjne + karty katalogowe  3) Wpis do Rejestru wyrobów Medycznych - jeżeli jest wymagany | tak |  |

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych i ocenianych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych i ocenianych zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.

2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza typowymi, znormalizowanymi materiałami eksploatacyjnymi i przygotowaniem adaptacyjnym pomieszczenia).

Wartość brutto (cyfrowo i słownie): ………………………………………………….

Wartość netto (cyfrowo i słownie): ……………………………………………………

Podatek VAT ……………zł słownie: …………………………………………………

Cena jednej roboczogodziny bez dojazdu serwisu pogwarancyjnego wynosi nie więcej jak ……..% minimalnego wynagrodzenia brutto w danym roku, tj.:

brutto ………….. zł, słownie:.………………………………………………………………………...

netto: ……………. zł, słownie:……………………………………………………………………….

podatek VAT ……………zł słownie: ………………………………………………………………..

Koszt serwisowania z niezbędną wymianą podzespołów w okresie dwuletnim:

brutto…………………..zł, słownie:…………………………………………………………………..

netto: ……………. zł, słownie:……………………………………………………………………….

podatek VAT ……………zł, słownie: ………………………………………………………………..

..................................................................................

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej

do reprezentowania Wykonawcy