**Załącznik nr 5. Formularz ofertowo-cenowy.**

**Zadanie nr 1. Dostawa nowych, wyprodukowanych w 2017 lub 2018 roku wanien do kąpieli wirowych.**

**Wanna do kąpieli wirowych kończyn dolnych**

Producent (firma) …………………………………………………….

Kraj …………………………………………………………………..

Nazwa i typ urządzenia ………………………………………………

Rok produkcji ………………………………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane** |
| 1. | Wanna do kąpieli wirowych kończyn dolnych, wyposażona w:  - 6 dysz do masażu podwodnego,  - 2 dodatkowe dysze do masażu podwodnego,  - prysznic ręczny,  - termomieszalnik,  - bierny masaż perełkowy,  - automatyczny system napełniania z elektronicznym termometrem,  - dotykowy panel sterowania,  - timer z automatycznym wyłączeniem zabiegu,  - zabezpieczenie pompy przed pracą na sucho,  - system dezynfekcji chemicznej,  - niezależny system ozonoterapii,  - krzesło do wirówek,  - elektromagnetyczny zmiękczacz wody,  - pojemność 57 l,  - długość 890 mm, szerokość 880 mm, wysokość 750 mm. |  |
| 2. | Gwarancja min. 36 miesięcy |  |
|  | Zgłoszenie/wpis wyrobu medycznego, świadectwo jakości, deklaracje zgodności (dołączyć na wezwanie zamawiającego).  Instrukcja obsługi w języku polskim (dołączyć wraz z dostawą urządzenia).  Serwis gwarancyjna i pogwarancyjny –podać adres, tel. |  |

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

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

Podatek VAT (cyfrowo i słownie): …………………………………………………………………………………………………………….......

**Wanna do kąpieli wirowych kończyn górnych**

Producent (firma) …………………………………………………….

Kraj …………………………………………………………………..

Nazwa i typ urządzenia ………………………………………………

Rok produkcji ………………………………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane** |
| 1. | Wanna do kąpieli wirowych kończyn górnych, wyposażona w:  - 10 dysz do masażu podwodnego z regulacją kierunku oraz intensywności zabiegu,  - prysznic ręczny,  - termomieszalnik,  - bierny masaż perełkowy,  - automatyczny system napełniania z elektronicznym termometrem,  - dotykowy panel sterowania,  - timer z automatycznym wyłączeniem zabiegu,  - zabezpieczenie pompy przed pracą na sucho,  - obręcz limfatyczna,  - niezależny system ozonoterapii,  - system dezynfekcji chemicznej,  - krzesło do wirówek,  - elektromagnetyczny zmiękczacz wody,  - pojemność 36 l,  - długość 950 mm, szerokość 1100 mm, wysokość 1070 mm. |  |
| 2. | Gwarancja min. 36 miesięcy |  |
|  | Zgłoszenie/wpis wyrobu medycznego, świadectwo jakości, deklaracje zgodności (dołączyć na wezwanie zamawiającego).  Instrukcja obsługi w języku polskim (dołączyć wraz z dostawą urządzenia).  Serwis gwarancyjna i pogwarancyjny –podać adres, tel. |  |

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

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

Podatek VAT (cyfrowo i słownie): …………………………………………………………………………………………………………….......

Wartość brutto całości zamówienia (cyfrowo i słownie): …………………………………………………………………………………………………

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

Podatek VAT całości zamówienia (cyfrowo i słownie): …………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………

data i podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy

**Zadanie nr 2. Aparat do ultradźwięków 1- kanałowy.**

Producent (firma) …………………………………………………….

Kraj …………………………………………………………………..

Nazwa i typ urządzenia ………………………………………………

Rok produkcji ………………………………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane** |
| 1 | Jeden kanał do terapii ultradźwiękowej |  |
| 2 | Kolorowy ekran dotykowy o przekątnej 4,3 cala ułatwiający sterowanie aparatem |  |
| 3 | Wieloczęstotliwościowa (1MHz i 3MHz) i wodoodporna głowica ultradźwiękowa 5cm² |  |
| 4 | Podgrzewane głowice ultradźwiękowe |  |
| 5 | Możliwość jednoczesnego podłączenia dwóch głowic do aparatu |  |
| 6 | Wizualna kontrola kontaktu głowicy ze skórą pacjenta |  |
| 7 | Praca ciągła i impulsowa (10Hz-150Hz) |  |
| 8 | Możliwość ustawienia automatycznego przełączania częstotliwości przez aparat (1MHz i 3MHz) |  |
| 9 | Współczynnik wypełnienia 5-100 % |  |
| 10 | Natężenie od 0,1 do 3W/cm² przy pracy impulsowej i do 2W/cm² przy pracy ciągłej |  |
| 11 | Możliwość współpracy z głowicami ultradźwiękowymi montowanymi na ciele pacjenta za pomocą pasów, umożliwiającymi prowadzenie terapii bez obecności terapeuty |  |
| 12 | Bezobsługowe głowice dostępne w dwóch rozmiarach: 12cm² lub 18cm² |  |
| 13 | Możliwość podłączenia wieloczęstotliwościowej (1MHz i 3MHz) i wodoodpornej głowicy ultradźwiękowej 1cm² |  |
| 14 | Bank programów terapeutycznych zapisanych w pamięci aparatu (gotowe diagnozy) |  |
| 15 | Możliwość tworzenia i zapisywania własnych programów terapeutycznych |  |
| 16 | Kolorowa encyklopedia terapeutyczna z rysunkami anatomicznymi |  |
| 17 | Sygnały dźwiękowe |  |
| 18 | Wizualna identyfikacja aktywnych akcesoriów. |  |
| 19 | Obsługa aparatu oraz instrukcja w języku polskim |  |
| 20 | Zasilanie 100-240 V, 50-60 Hz |  |
| 21 | Waga aparatu max 3 kg. |  |
| 22 | Gwarancja 24 miesiące |  |
| 23 | Zgłoszenie/wpis wyrobu medycznego, świadectwo jakości, deklaracje zgodności (dołączyć na wezwanie zamawiającego).  Instrukcja obsługi w języku polskim (dołączyć wraz z dostawą urządzenia).  Serwis gwarancyjna i pogwarancyjny –podać adres, tel. |  |

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

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

Podatek VAT (cyfrowo i słownie): …………………………………………………………………………………………………………….......

……………………………………………………………

data i podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy