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

**Zadanie nr 1. Videolaryngoskop**

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

Kraj pochodzenia …………………………………………………..

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

Rok produkcji ………………………………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane** |
| 1 | Wyświetlacz z matową matrycą. |  |
| 2 | Ekran o przekątnej 6,3 cm. |  |
| 3 | Kąt patrzenia ekranu 70 stopni. |  |
| 4 | Zakres obrotu ekranu 270 stopni. |  |
| 5 | Ekran odchyla się w przód i w tył w zakresie 130 stopni. |  |
| 6 | Lekki, 180 g. |  |
| 7 | Bezprzewodowy. |  |
| 8 | Czas pracy baterii min. 4 godz. |  |
| 9 | Wodoodporny.  |  |
| 10 | Zastaw łyżek wielorazowych. |  |
| 11 | Gwarancja 24 miesiące  |  |
| 12 | 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

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

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

Kraj pochodzenia …………………………………………………..

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

**Zadanie nr 3. Ssak.**

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

Kraj pochodzenia ……………………………………………………

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

Rok produkcji ………………………………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane** |
| 1 | Maksymalny przepływ powietrza 30 l/min. |  |
| 2 | Maksymalne podciśnienie do 95 kPa (+0% / -10%) |  |
| 3 | Zakres regulacji (0÷95) kPa |  |
| 4 | Pojemność butli 1l |  |
| 5 | Typ części aplikacyjnej CF |  |
| 6 | Klasa izolacji elektrycznej II |  |
| 7 | Pobór mocy 60W |  |
| 8 | Zasilanie napięciem stałym (12-15) VDC |  |
| 9 | Zasilanie napięciem zmiennym bezpośrednio z sieci 230V/50Hz |  |
| 10 | Czas pracy z akumulatora 40min |  |
| 11 | Gabaryty max 340x140x210mm |  |
| 12 | Masa max 2,8 kg |  |
| 10 | Wszystkie elementy sterujące i kontrolujące pracę ssaka umieszczone są na wspólnym panelu, co zapewnia dostęp i widoczność wskazań także po umieszczeniu ssaka w torbie transportowej.● regulacja maksymalnej wartości podciśnienia ● wskaźnik aktualnej wartości podciśnienia ● uchwyt do przenoszenia ● cicha i ciągła praca ●pojemniki wielorazowe i wkłady jednorazowe |  |
| 12 | Gwarancja 24 miesiące  |  |
| 13 | 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