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

**Zadanie nr 1. Wideolaryngoskop**

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

Kraj …………………………………………………………………..

Nazwa, typ urządzenia, model ………………………………………

Rok produkcji ………………………………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane** |
| 1. | Wideolaryngoskop bezprzewodowy (zestaw wraz z walizką transportową), o budowie modułowej składający się z:* zasilanego akumulatorem z możliwością ładowania kolorowego wyświetlacza LCD 3,5 cala,
* obrotowego w płaszczyźnie pionowej ze wskaźnikiem LED naładowania baterii,
* z wyjściem TV i video, z rękojeści wykonanej z medycznego termoplastycznego elastomeru z łożem dla 1 baterii AA,
* prowadnicy toru wizyjnego wykonanej ze stali nierdzewnej, z kamerą CMOS, oraz źródłem światła (wysokowydajne diody LED).

Gotowy do natychmiastowego użytku po włączeniu zasilania.W zestawie ładowarka. Produkt fabrycznie nowy.Rękojeść z prowadnicą toru wizyjnego Monitor Ładowarka Łyżki typu MAC:- rozmiar 3 – 10 sztuk,- rozmiar 4 – 10 sztuk. |  |
| 2. | Gwarancja minimum 24 miesiące  |  |
| 3.  | Zgłoszenie/wpis wyrobu medycznego, świadectwo jakości, deklaracje zgodności oraz katalogi potwierdzające oferowane parametry (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. Laser terapeutyczny wysokoenergetyczny**

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

Kraj …………………………………………………………………..

Nazwa, typ urządzenia, model ………………………………………

Rok produkcji ………………………………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane parametry** | **Parametry oferowane** |
| 1. | Laser terapeutyczny wysokoenergetyczny |  |
| 2. | Laser terapeutyczny o długości fali 1064 nm i mocy min. 8 W  |  |
| 3. | Wielkość wiązki (+/-5%) 1,70cm2 (odstęp 1 cm), 30cm2 (aplikator stożkowy) |  |
| 4. | Źródło wiązki: dioda laserowa GaAIAs |  |
| 5. | Praca w trybie ciągłym i impulsowym (10 000 Hz) |  |
| 6. | Ciekłokrystaliczny ekran dotykowy o przekątnej min. 5,9” |  |
| 7. | Możliwość tworzenia programów terapeutycznych |  |
| 8. | Możliwość pełnej modyfikacji parametrów zabiegu |  |
| 9. | Regulacja częstotliwości przemiatania i cyklu pracy |  |
| 10. | Elektroniczny timer zabiegowy |  |
| 11. | Wyłącznik bezpieczeństwa |  |
| 12. | Pilot nożny aktywujący wiązkę lasera |  |
| 13. | Możliwość łączenia metod pracy punktowej i skanującej w jednej terapii |  |
| 14. | Specjalne programy terapeutyczne łączące metodę punktową ze skanerem automatycznym |  |
| 15. | Wymiary długość: 440mm, szerokość: 270mm, wysokość: 230mm -/+ 10% |  |
| 16. | **Standardowe wyposażenie:** jednostka sterująca,aplikator sondowy,okulary ochronne – 2 pary,pilot nożny, komplet przewodów. |  |
| 17. | Aplikator stożkowy dla pola zabiegowego 30cm2 |  |
| 18. | Ramię do aplikatora stożkowego |  |
| 19. | Stolik  |  |
| 20. | Waga max 4,7 kg (+/- 5%) |  |
| 21. | Gwarancja minimum 24 miesiące  |  |
|  | Zgłoszenie/wpis wyrobu medycznego, świadectwo jakości, deklaracje zgodności oraz katalogi potwierdzające oferowane parametry (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. Aparat do krioterapii**

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

Kraj …………………………………………………………………..

Nazwa, typ urządzenia, model ………………………………………

Rok produkcji ………………………………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane parametry** | **Parametry oferowane** |
|  | Aparat do krioterapii zasilany ciekłym azotem |  |
|  | Duży dotykowy ciekłokrystaliczny kolorowy wyświetlacz |  |
|  | Specjalna „tuba” do odkładania grzałki podczas wymiany butli lub uzupełniania azotu. |  |
|  | Zbiornik o pojemności 30 litrów (+/- 5%) |  |
|  | Gotowe programy terapeutyczne |  |
|  | Czynnik roboczy – ciekły azot |  |
|  | Temperatura strumienia gazu : -160 stopni |  |
|  | Liczba stopni regulacji intensywności nadmuchu: min. 5 |  |
|  | Zużycie ciekłego azotu : maksymalnie od 3 do 10kg/h (praca ciągła ) - w zależności o intensywności nadmuchu |  |
|  | Liczba zabiegów przy użyciu jednego zbiornika ciekłego azotu (ok. 65 dla średniego czasu zabiegu = 3min) |  |
|  | Sygnał dźwiękowy emitowany co 30 sekund |  |
|  | Zabezpieczenie przed zniszczeniem grzałki poprzez ostrzeganie przy pomocy sygnalizacji diodowej o niskim poziomie azotu w butli lub braku informacji z czujników temperatury |  |
|  | Zasilanie: 230 V (+/- 5%) |  |
|  | Wymiary (dł. x szer. x wys.) 642 x 1175 x 460 mm (+/- 5%) |  |
|  | Wózek na zbiornik, koła jezdne z hamulcami. Dane techniczne:Długość: +/-72 cmSzerokość:+/- 48 cmśr. kółka +/- 7 cm |  |
|  | Zbiornik na azot, pojemność zbiornika: 30 litrów (+/- 5%). |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące  |  |
|  | Zgłoszenie/wpis wyrobu medycznego, świadectwo jakości, deklaracje zgodności oraz katalogi potwierdzające oferowane parametry (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 4. Głowica bezobsługowa wieloczęstotliwościowa**

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

Kraj …………………………………………………………………..

Nazwa, typ urządzenia, model ………………………………………

Rok produkcji ………………………………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane** |
|  | Głowica bezobsługowa HandsFree SonoTM wieloczęstotliwościowa |  |
|  | Wieloczęstotliwościowe głowice: 1 MHz, 3 MHz, zmienne (auto 1/3 MHz) |  |
|  | 6 kryształów ultradźwiękowych w jednym aplikatorze |  |
|  | Powierzchnia 18 cm2 |  |
|  | Wizualna sygnalizacja pracy aktywnych kryształów (wyświetlacz LED) |  |
|  | Terapia skojarzona w połączeniu z elektroterapią |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące  |  |
|  | Zgłoszenie/wpis wyrobu medycznego, świadectwo jakości, deklaracje zgodności oraz katalogi potwierdzające oferowane parametry (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 5. Wózek do przewożenia chorych.**

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

Kraj …………………………………………………………………..

Nazwa, typ urządzenia, model ………………………………………

Rok produkcji ………………………………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane** |
| 1. | Wózek do przewożenia chorych. |  |
| 2. | 2 segmenty. |  |
| 3. | Poręcze boczne – 2 szt. |  |
| 4. | Wieszak kroplówki – 1 szt.  |  |
| 5. | Krążki odbojowe jednoosiowe – 6 szt. |  |
| 6. | Materac – 1 szt. |  |
| 7. | Uchwyt na rolkę papieru. |  |
| 8. | Wymiary zewnętrzne 2180 x 870 mm (+/- 5). |  |
| 9. | Zakres regulacji wysokości leża 450 – 800 mm (+/- 5). |  |
| 10. | Kat przechyłu anty-Trendelenburga – 0-12° |  |
| 11. | Kat przechyłu Trendelenburga – 0-12° |  |
| 12. | Kąt odchylenia oparcia pleców – 0-70° |  |
| 13. | Kąt odchylenia oparcia uda – 0-45° |  |
| 14. | Bezpieczne obciążenie robocze 200 kg |  |
| 15 | Gwarancja minimum 24 miesiące  |  |
| 16. | Zgłoszenie/wpis wyrobu medycznego, świadectwo jakości, deklaracje zgodności oraz katalogi potwierdzające oferowane parametry (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