

## Załącznik nr 5. Formularz asortymentowo-cenowy.

### Zadanie nr 1. Autoczytnik wraz z zestawami testowymi.

Producent .....

Nazwa i typ .....

Kraj pochodzenia .....

L.p	Parametry wymagane	Parametry oferowane
1.	Producent	
2.	Nazwa i typ	
3.	Kraj pochodzenia	
4.	Rok produkcji 2017	
5.	480 zestawów testowych o szybkim odczycie pary wodnej, symulujących pakiet porowaty, zawierających wskaźnik biologiczny I kartę ze wskaźnikiem chemicznym do opisu cyklu, ostateczny czas odczytu wskaźnika biologicznego 1 godzina.	
6.	Skład pakietu:	
	Autoczytnik przeznaczony do inkubacji wskaźników biologicznych do pary wodnej o ostatecznym odczycie po 1 godzinie.	
	Wskaźniki inkubowane w 10 komorach w kształcie litery 'D'.	
	Czas pozostały do końca inkubacji wyświetlany w sposób ciągły, (co 1 minuta) i indywidualny dla każdej komory inkubacyjnej.	
	Wynik inkubacji widoczny na wyświetlaczu LCD za pomocą znaków '+' lub '-' oraz sygnału dźwiękowego w przypadku pozytywnego wyniku.	
	Automatyczna informacja o nieprawidłowym umieszczeniu wskaźnika biologicznego w komorze inkubacyjnej.	
	Odczyt automatyczny na podstawie fluorescencji.	

	Zgodność wskaźnika znajdującego się w zestawie z norma referencyjną potwierdzona certyfikatem niezależnej jednostki notyfikowanej, zgodność z EN ISO 11138.	
	20 opakowań wskaźnika biologicznego, w opakowaniu 24 zestawy testowe oraz 5 sztuk wskaźników kontrolowanych. Wskaźnik posiada wewnętrzny system kruszenia ampułki nie wymagający użycia zewnętrznego "kruszer".	
7.	Zgłoszenie/wpis wyrobu medycznego, świadectwo jakości, deklaracje zgodności (dołączyć na wezwanie zamawiającego).	
8.	Przeeglądy urządzenia w ramach gwarancji.	
9.	Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą.	
10.	Podać dane kontaktowe serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego (adres, tel.).	
11.	Podać w miesiącach okres pełnej gwarancji na oferowane urządzenie (zamawiający wymaga minimum 24 miesiące gwarancji).	
12.	Wykonawca gwarantuje dostępność części zamiennych przez okres 10 lat.	
13.	Wymagany termin dostawy w ciągu 30 dni.	
14.	Szkolenie personelu potwierdzone certyfikatem przez Wykonawcę.	

Wartość oferty netto ..... zł, słownie: .....

Podatek VAT ..... zł, słownie: .....

Wartość oferty brutto ..... zł, słownie: .....

Cena brutto jednej roboczogodziny bez dojazdu serwisu pogwarancyjnego wyniesie ..... % minimalnego wynagrodzenia brutto w danym roku, tj. .... zł.

Koszt serwisowania urządzenia z niezbędną wymianą podzespołów w okresie 12 miesięcy wyniesie ..... zł brutto.

.....  
data i podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy

## Zadanie nr 2. Aparat do kriochirurgii.

Producent .....

Nazwa i typ .....

Kraj pochodzenia .....

L.p	Parametry wymagane	Parametry oferowane
1.	Zasilanie - Aparat nieelektryczny, fabrycznie nowy, rok produkcji 2017 r.	
2.	Czynnik roboczy - Podtlenek azotu (N <sub>2</sub> O), lub dwutlenek węgla (CO <sub>2</sub> ) w stalowych butlach ciśnieniowych.	
3.	Ciśnienie pracy w zakresie 3,5 ÷ 5 MPa.	
4.	Ciśnienie maksymalne – 5,5 MPa.	
5.	Ciężar aparatu ok. 5 kg (bez obudowy butli).	
6.	Aparat z ssakiem.	
7.	Aparat wyposażony w mobilną obudowę butli, przystosowaną do butli o pojemności 10 litrów, z możliwością stabilnego zainstalowania aparatu na obudowie.	
8.	Przepływomierz (wskaźnik przepływu gazu przez sondę) 9. Manometr (wskaźnik ciśnienia pracy) 10. Pokrętko regulacji ciśnienia 11. Pedał sterujący 12. Możliwość podłączenia (i pracy) sond kriochirurgicznych dla różnych specjalności medycznych (np. ginekologia, dermatologia, flebologia, proktologia).	
9.	Manometr (wskaźnik ciśnienia pracy).	
10.	Pokrętko regulacji ciśnienia.	

11.	Pedał sterujący.	
12.	Możliwość podłączenia (i pracy) sond kriochirurgicznych dla różnych specjalności medycznych (np. ginekologia, dermatologia, flebologia, proktologia).	
13.	Przeglądy: pierwszy po trzech latach od zakupu urządzenia, kolejne co roku. Przeglądy sondy natryskowej co roku.	
14.	Zgłoszenie/wpis wyrobu medycznego, świadectwo jakości, deklaracje zgodności (dołączyć na wezwanie zamawiającego).	
15.	Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą.	
16.	Podać dane kontaktowe serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego (adres, tel.).	
17.	Podać w miesiącach okres pełnej gwarancji na oferowane urządzenie (zamawiający wymaga minimum 24 miesiące gwarancji).	
18.	Wykonawca gwarantuje dostępność części zamiennych przez okres 10 lat.	
19.	Wymagany termin dostawy w ciągu 30 dni.	
20.	Wyposażenie: - sonda wymiary: 2,5 mm. średnicy i 170 mm długości, - sonda wymiary: 2,5 mm. średnicy i 220 mm długości, - sonda wymiary: 3,0 mm. średnicy i 250 mm długości, - sonda wymiary: 3,0 mm. średnicy i 300 mm długości, - sonda wymiary: 1,6 mm. średnicy i 80 mm długości, - sonda natryskowa - 1 szt. uniwersalna sonda natryskowa do zastosowań wewnętrznych i zewnętrznych.	

Wartość oferty netto ..... zł, słownie: .....

Podatek VAT ..... zł, słownie: .....

Wartość oferty brutto ..... zł, słownie: .....

Cena brutto jednej roboczogodziny bez dojazdu serwisu pogwarancyjnego wyniesie ..... % minimalnego wynagrodzenia brutto w danym roku, tj. .... zł.

Koszt serwisowania urządzenia z niezbędną wymianą podzespołów w okresie 12 miesięcy wyniesie ..... zł brutto.

.....  
data i podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy

**Zadanie nr 3. Respirator – 2 sztuki**

Producent .....

Nazwa i typ .....

Kraj pochodzenia .....

L.p	Parametry wymagane	Parametry oferowane
	Wymagania ogólne	
1.	Respirator stacjonarny, rok produkcji 2017	
2.	Zasilanie gazowe w tlen z centralnej instalacji minimalny zakres 2,8 do 6,00 bar	
3.	Zasilanie gazowe w sprężone powietrze z centralnej instalacji minimalny zakres 2,8 do 6,00 bar. Respirator musi mieć możliwość podłączenia do centralnej instalacji sprężonego powietrza.	
4.	Respirator na podstawie jezdnej, min dwa kółka wyposażone w blokadę.	
5.	Zasilanie AC 230 V 50 Hz +/- 5 %	
6.	Awaryjne zasilanie respiratora z akumulatora wewnętrznego min. 90 minut.	
	Tryb wentylacji	
7.	Wentylacja kontrolowana objętością.	
8.	Wentylacja kontrolowana ciśnieniem.	
9.	Wentylacja ciśnieniowa kontrolowana z docelową objętością oddechową PRVC.	

10.	CMV/Assist	
11.	SIMV	
12.	CPAP/PSV	
13.	Wdech manualny. Respirator musi być wyposażony w przycisk umożliwiający na żądanie podanie przez lekarza mechanicznego oddechu o ustalonych parametrach.	
14.	Oddech spontaniczny.	
15.	Westchnienie automatyczne z regulacją parametrów.	
16.	Wentylacja spontaniczna na dwóch poziomach ciśnienia: BIPAP, Bilevel, DuoLevel, SPSP i podobne.	
17.	Wentylacja nieinwazyjna we wszystkich trybach wentylacji.	
18.	Wentylacja awaryjna przy bezdechu.	
19.	Funkcja wstrzymania na wdechu min. do 20 sek.	
20.	Funkcja wstrzymania na wydechu min. do 20 sek.	
21.	Automatyczna kompensacja oporu przepływu rurki dotchawiczej lub tracheostomijnej z możliwością ustawienia procentowo kompensacji.	
22.	Funkcja natlenowania i automatycznego rozpoznawania odłączenia i podłączenia pacjenta przy czynności odsysania z dróg oddechowych z zatrzymaniem pracy respiratora.	
23.	Funkcja tlenoterapii (nie będąca trybem wentylacji) umożliwiająca podaż pacjentowi mieszanki powietrze /O <sub>2</sub> o określonym – regulowanym przez użytkownika poziomie przepływu oraz wartości FiO <sub>2</sub> .	
	Parametry regulowane	
24.	Częstość oddechów minimalny zakres 1 – 100 odd./min.	
25.	Objętość pojedynczego oddechu minimalny zakres 40 – 2000 ml.	
26.	Czas wdechu minimalny zakres 0,2 – 0,2 – 10 s.	
27.	I:E minimalny zakres 4:1 – 1:10.	
28.	Możliwość wyboru parametrów zależnych tzn. Czasu wdechu lub stosunku wdechu do wydechu.	
29.	Stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej regulowane płynnie w zakresie 21 – 100 %.	
30.	Ciśnienie wdechowe P <sub>insp</sub> minimalny zakres 5 – 90 cm H <sub>2</sub> O.	
31.	Ciśnienie wspomagania P <sub>supp</sub> minimalny zakres 0 – 90 cm H <sub>2</sub> O.	

32.	PEEP minimalny zakres 0 – 45 cm H <sub>2</sub> O.	
33.	Wysoki poziom ciśnienia przy BIPAP, BILEVEL, DuoLevel, SPSP, APRV. Wymagany zakres minimalny: 0 – 80 cm H <sub>2</sub> O.	
34.	Niski poziom ciśnienia przy BIPAP, BILEVEL, DuoLevel, SPSP, APRV. Wymagany zakres minimalny: 0-50 cmH <sub>2</sub> O.	
35.	Czas wysokiego poziomu ciśnienia przy BIPAP, BILEVEL, DuoLevel, SPSP, APRV. Zamawiający wymaga aby respirator umożliwiał stosowanie długich czasów górnego wysokiego poziomu ciśnienia co jest szczególnie istotne w trybie wentylacji z uwolnieniem ciśnienia APRV. Wymagany zakres minimalny: 0,2 do 30 sek.	
36.	Czas niskiego poziomu ciśnienia przy BIPAP, BILEVEL, DuoLevel, SPSP, APRV. Wymagany zakres minimalny: 0,2 do 30 sek.	
37.	Przepływowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta minimalny zakres 0,5 – 15 L/min.	
38.	Ciśnieniowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta minimalny zakres 0,5 – 10 cm H <sub>2</sub> O.	
39.	Regulowane procentowe kryterium zakończenia fazy wdechowej w trybie PSV minimalny zakres 10 – 80 [%].	
	Obrazowanie mierzonych parametrów wentylacji.	
40.	Wbudowy kolorowy, dotykowy monitor obrazowania parametrów wentylacji, przekątna minimum 10 cali.	
41.	Integralny pomiar stężenia tlenu.	
42.	Całkowita częstość oddychania.	
43.	Częstość oddechów.	
44.	Częstość oddechów spontanicznych.	
45.	Wydechowa objętość pojedynczego oddechu.	
46.	Wydechowa objętość pojedynczego oddechu spontanicznego.	
47.	Objętość całkowitej wentylacji minutowej.	
48.	Wydechowa objętość minutowa wentylacji spontanicznej.	
49.	Minutowa objętość przecieku.	
50.	Ciśnienie szczytowe.	
51.	Średnie ciśnienie w układzie oddechowym.	
52.	Ciśnienie PEEP/CPAP.	

53.	Ciśnienie Plateau.	
54.	Pomiar oporów wdechowych i wydechowych.	
55.	Pomiar podatności statycznej.	
56.	Pomiar podatności dynamicznej.	
57.	Pomiar ciśnienia PEEPi.	
58.	Pomiar Vtrap – objętość gazu pozostającego w płucach wytwarzana przez wewnętrzny PEEPi.	
59.	Pomiar wskaźnika RSBI.	
60.	Możliwość równoczesnego obrazowania trzech przebiegów krzywych w czasie rzeczywistym dla ciśnienia, przepływu i objętości w funkcji czasu.	
61.	Możliwość równoczesnego obrazowania dwóch pętli zamkniętych do wyboru z ciśnienie/objętość, przepływ/objętość lub ciśnienie/przepływ.	
62.	Możliwość rozbudowy o automatyczny manewr kreślenia pętli statycznej – ciśnienie/objętość w fazie wdechu i wydechu przy niskim przepływie gazów do płuc pacjenta z możliwością doboru przepływu i analizy za pomocą kursorów w celu optymalnego PEEP-u.	
63.	Prezentacja na ekranie trendów graficznych i tabelarycznych z min. 24 godzin.	
	Alarmy	
64.	Braku zasilania w energię elektryczną.	
65.	Braku zasilania w tlen.	
66.	Braku zasilania w powietrze.	
67.	Całkowitej objętości minutowej (wysokiej i niskiej).	
68.	Wysokiego ciśnienia w układzie pacjenta.	
69.	Niskiego ciśnienia w układzie pacjenta.	
70.	Wysokiej częstości oddechowej.	
71.	Bezdechu.	
72.	Hierarchia alarmów w zależności od ważności.	
73.	Pamięć alarmów z ich opisem, minimum 500 zdarzeń.	
	Inne pożądane funkcje i wyposażenia.	
74.	Zabezpieczenie przed wypadkową zmianą parametrów wentylacji.	



75.	Możliwość rozbudowy o pomiar kapnograficzny z prezentacją krzywej na ekranie respiratora.	
76.	Wstępne ustawienia parametrów wentylacji i alarmów na podstawie wagi pacjenta IBW.	
77.	Programowalna przez użytkownika konfiguracja startowa respiratora.	
78.	Autotest aparatu sprawdzający poprawność działania elementów pomiarowych, szczelność i podatność układu oddechowego.	
79.	Kompletny układ oddechowy dla dorosłych jednorazowego użytku – 5 szt.	
80.	Wewnętrzny nebulizator do podawania leków w formie aerozolu. Regulacja czasu nebulizacji w zakresie min. 3 – 60 s.	
81.	Ramię przegubowe, uchylne do układu oddechowego pacjenta.	
82.	Szyny boczne do mocowania akcesoriów.	
83.	Obsługa poprzez ekran dotykowy, przyciski i pokrętko.	
84.	Respirator przystosowany do montażu w kolumnie.	
	Pozostałe	
85.	Instrukcja obsługi w języku polskim (z dostawą)	
86.	Oprogramowanie respiratora w języku polskim.	
87.	Podać w miesiącach okres pełnej gwarancji na oferowane urządzenie (zamawiający wymaga minimum 36 miesięcy gwarancji).	
88.	Zgłoszenie/wpis wyrobu medycznego, świadectwo jakości, deklaracje zgodności (dołączyć na wezwanie zamawiającego).	
89.	Przeglądy urządzenia w ramach gwarancji.	
90.	Podać dane kontaktowe serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego (adres, tel.).	
91.	Wykonawca gwarantuje dostępność części zamiennych przez okres 10 lat.	
92.	Wymagany termin dostawy w ciągu 30 dni.	
93.	Szkolenie personelu potwierdzone certyfikatem przez Wykonawcę.	

Wartość oferty netto ..... zł, słownie: .....

Podatek VAT ..... zł, słownie: .....

Wartość oferty brutto ..... zł, słownie: .....

Cena brutto jednej roboczogodziny bez dojazdu serwisu pogwarancyjnego wyniesie ..... % minimalnego wynagrodzenia brutto w danym roku, tj. .... zł.

Koszt serwisowania urządzenia z niezbędną wymianą podzespołów w okresie 12 miesięcy wyniesie ..... zł brutto.

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis i pieczęć Wykonawcy

#### **Zadanie nr 4. Skaner naczyniowy - bezdotykowy system iluminacji żył – 2 sztuki.**

Producent .....

Nazwa i typ .....

Kraj pochodzenia .....

<b>L.p</b>	<b>Parametry wymagane</b>	<b>Parametry oferowane</b>
1.	Aparat fabrycznie nowy, rok produkcji 2017 r.	
2.	Trzy tryby wyświetlania obrazu żył.	
3.	Rozpoznawanie głębokości skanowanych żył.	
4.	Wymiary w mm (dł. x szer. x gł.): 220 x 65 x 63.	
5.	Waga urządzenia 490 g.	
6.	Czas czuwania $\leq$ 100 minut.	
7.	Długość fal podczerwieni: 940 nm i 850 nm.	
8.	Maksymalna głębokość badania: 8 mm.	
9.	Urządzenie zasilane bateria litowo-jonową 3000 mAh.	
10.	Czas ładowania baterii (do pełna) – 8 h.	
11.	Zgłoszenie/wpis wyrobu medycznego, świadectwo jakości, deklaracje zgodności (dołączyć na wezwanie zamawiającego).	

12.	Przeglądy urządzenia w ramach gwarancji.	
13.	Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą.	
14.	Podać dane kontaktowe serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego (adres, tel.).	
15.	Podać w miesiącach okres pełnej gwarancji na oferowane urządzenie (zamawiający wymaga minimum 24 miesiące gwarancji).	
16.	Wykonawca gwarantuje dostępność części zamiennych przez okres 10 lat.	
17.	Wymagany termin dostawy w ciągu 30 dni.	
18.	Szkolenie personelu potwierdzone certyfikatem przez Wykonawcę.	

Wartość oferty netto ..... zł, słownie: .....

Podatek VAT ..... zł, słownie: .....

Wartość oferty brutto ..... zł, słownie: .....

Cena brutto jednej roboczogodziny bez dojazdu serwisu pogwarancyjnego wyniesie ..... %  
minimalnego wynagrodzenia brutto w danym roku, tj. .... zł.

Koszt serwisowania urządzenia z niezbędną wymianą podzespołów w okresie 12 miesięcy wyniesie .....  
..... zł brutto.

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis i pieczęć Wykonawcy

**Zadanie nr 5. Przenośny aparat wielofunkcyjny do elektroterapii, ultradźwięków, laseroterapii, magnetoterapii.**

Producent .....

Nazwa i typ .....

Kraj pochodzenia .....

Lp.	Parametry wymagane	Parametry oferowane
1	Fabrycznie nowy, rok produkcji 2017	
2	<p>Przenośny aparat wielofunkcyjny do elektroterapii, ultradźwięków, laseroterapii, magnetoterapii z akumulatorem, kolorowym wyświetlaczem z panelem dotykowym, wyposażonym w:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- głowicę do ultradźwięków <b>GS-4cm2/1;3,5 MHz ;</b></li> <li>- sondę do laseroterapii <b>IR 400 mW/808nm</b></li> <li>- aplikatory płaskie do magnetoterapii</li> <li>- okulary okulary ochronne do laseroterapii 2 sztuki</li> </ul>	
3	<p>PRĄDY I METODY</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- interferencyjne</li> <li>- TENS</li> <li>- Kotza/ rosyjska stymulacja</li> <li>- tonoliza</li> <li>- diadynamiczne</li> <li>- impulsowe (prostokątny, trójkątny)</li> <li>- impulsowe wg Traberta, Leduca, neofaradyczny</li> <li>- unipolarne falujące</li> <li>- galwaniczny</li> <li>- mikroprądy</li> <li>- elektrodiagnostyka</li> </ul>	
4	<p>TERAPIA ULTRADŹWIĘKOWA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- częstotliwość pracy <b>1 MHz/ 3,5 MHz</b></li> <li>- efektywna powierzchnia promieniowania 4cm2</li> <li>- emisja ciągła i impulsowa</li> <li>- kontrola przylegania czoła głowicy sprzężona z zegarem zabiegowym</li> <li>- kalibracja czułości głowicy według potrzeb</li> </ul>	
5	<p>LASEROTERAPIA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sonda punktowa <b>IR 400 mW/808nm</b></li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- emisja promieniowania w trybie impulsowym i ciągłym</li> <li>- regulacja mocy promieniowania laserowego</li> <li>- regulacja częstotliwości i wypełnienia w trybie impulsowym dla sond punktowych i aplikatora prysznicowego</li> <li>- automatyczne przeliczanie czasu względem parametrów zabiegowych – dawki, mocy, wypełnienia, pola zabiegowego</li> </ul>	
6	<p><b>MAGNETOTERAPIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- opcjonalnie praca z jednym lub dwoma aplikatorami CPE1 i CPE2</li> <li>- wygodne mocowanie aplikatorów za pomocą pasów i rzepów</li> <li>- kształt pola: sinus, trójkąt, prostokąt, półsinus, półtrójkąt, półprostokąt</li> <li>- emisja ciągła i impulsowa</li> <li>- szeroki zakres częstotliwości pracy</li> </ul>	
7	<p><b>TRYB MANUALNY</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pełna kontrola nad parametrami zabiegowymi dla zaawansowanych użytkowników</li> </ul>	
8	<p><b>PROGRAMY ZABIEGOWE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 382 wbudowane programy zabiegowe</li> <li>- nadawanie własnych nazw programom</li> </ul>	
9	<p><b>PROGRAMY AKUPUNKTUROWE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- programy akupunkturowe</li> <li><b>Volla -30</b></li> <li><b>Nogiera - 8</b></li> </ul>	
10	<p><b>PARAMETRY TECHNICZNE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sterownik – maks. natężenie prądu w obwodzie pacjenta (tryb CC)</li> <li>- galwaniczne 40 mA</li> <li>- diadynamiczne, impulsowe 60 mA</li> <li>- interferencyjne, Kotza, unipolarne falujące 100 mA</li> <li>- TENS 140 mA</li> <li>- tonoliza 100 mA</li> <li>- mikroprądy 1000 <math>\mu</math>A</li> <li>- maks. amplituda napięcia w obwodzie pacjenta (tryb CV) 140V</li> <li>- maks. natężenie fali ultradźwiękowej w trybie ciągłym</li> <li>- /impulsowym 2 / 3 W/cm<sup>2</sup></li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- częstotliwość w trybie impulsowym 16 Hz, 48 Hz, 100 Hz</li> <li>- wypełnienie w trybie impulsowym 5 – 75 %, krok 5 %</li> <li>- klasa urządzenia laserowego 3B</li> <li>- maksymalna indukcja pola magnetycznego 10 mT (100 Gs)</li> <li>- bateria Li-Ion</li> <li>- pojemność baterii 2250 mAh</li> <li>- zasilanie, pobór mocy 230 V, 50/60 Hz, max 75W, 90VA</li> <li>- wymiary ok. 34 cm x 28 cm x 11cm -16 cm (+/- 2 cm)</li> <li>- waga 6 kg (+/-0,5kg)</li> </ul>	
11	<p>WYPOSAŻENIE STANDARDOWE (oprócz wymienionych w zestawie):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- przewód sieciowy</li> <li>- kabel pacjenta (2 szt.)</li> <li>- elektrody do elektroterapii 6 x 6 cm (4 szt.); 7,5 x 9 cm (2 szt.)</li> <li>- pokrowce wiskozowe do elektroterapii 6 x 6 cm (8 szt.); 7,5 x9cm (4 szt.)</li> <li>- pasy rzepowe 40 x 10 cm (2 szt.); 100 x 10 cm (2 szt.)</li> <li>- żel do ultradźwięków 500 g (1 szt.)</li> <li>- bezpieczniki zapas. WTA-T 1 A/250 V (2 szt.)</li> <li>- łącznik zdalnej blokady DOOR (1 szt.)</li> <li>- etykiety ostrzegawcze (1 kpl.)</li> <li>- rysik pojemnościowy do ekranu LCD (1 szt.)</li> <li>- ścierka do ekranu LCD (1 szt.)</li> <li>- nakładki maskujące z wycięciem (2 szt.)</li> <li>- akumulator</li> <li>- 2 szt. okularów ochronnych</li> </ul>	
12	Obsługa urządzenia i komunikaty w języku polskim	
13	Zgłoszenie/wpis wyrobu medycznego, świadectwo jakości, deklaracje zgodności (dołączyć na wezwanie zamawiającego).	
14	Przeglądy urządzenia w ramach gwarancji.	
15	Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą.	
16	Podać dane kontaktowe serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego (adres, tel.).	

17	Podać w miesiącach okres pełnej gwarancji na oferowane urządzenie (zamawiający wymaga minimum 24 miesiące gwarancji).	
18	Wykonawca gwarantuje dostępność części zamiennych przez okres 10 lat.	
19	Wymagany termin dostawy w ciągu 30 dni.	
20	Szkolenie personelu potwierdzone certyfikatem przez Wykonawcę.	

Wartość oferty netto ..... zł, słownie: .....

Podatek VAT ..... zł, słownie: .....

Wartość oferty brutto ..... zł, słownie: .....

Cena brutto jednej roboczogodziny bez dojazdu serwisu pogwarancyjnego wyniesie ..... % minimalnego wynagrodzenia brutto w danym roku, tj. .... zł.

Koszt serwisowania urządzenia z niezbędną wymianą podzespołów w okresie 12 miesięcy wyniesie ..... zł brutto.

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis i pieczęć Wykonawcy

.....  
data i podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy

#### Zadanie nr 6. Staplery.

Lp.	Nazwa	Jedn. opak.	Ilość	Cena jedn. netto	VAT %	Wartość netto	Wartość brutto	Producent/ Numer katalog.
1.	Zestaw do przednich resekcji. Jeden jednorazowy stapler zamykający tnący z zakrzywioną główką (kształt półksiężyca), długość linii cięcia 40 mm.	szt.	10					

	Stapler umożliwia sześciokrotne wystrzelenie ładunku podczas jednego zabiegu, zawiera ładunek do tkanki grubej (zielony 2 mm) lub standardowej (niebieski 1,5 mm) + jednorazowy stapler okrężny wygięty z kontrolowanym dociskiem tkanki i regulowaną wysokością zamknięcia zszywki. Rozmiary staplera: 21 lub 25 lub 29 lub 33 mm. Zestaw musi zawierać jeden stapler zamykająco tnący i jeden stapler okrężny. (Zamawiający każdorazowo określi rodzaje staplerów.							
2.	Jednorazowy stapler zamykająco tnący z zakrzywioną główką (kształt półksiężyca), długość linii cięcia 40 mm. Stapler umożliwia sześciokrotne wystrzelenie ładunku podczas jednego zabiegu, zawiera ładunek do tkanki grubej (zielony 2 mm) lub standardowej (niebieski 1,5 mm) (3 szt/op).	opak.	2					

Wartość oferty netto ..... zł, słownie: .....

Podatek VAT ..... zł, słownie: .....

Wartość oferty brutto ..... zł, słownie: .....

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis i pieczęć Wykonawcy

.....  
data i podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy