Załącznik nr 6 do SIWZ

Załącznik nr 1 do umowy TZ.372.10.5.2020

**FORMULARZ CENOWO –TECHNICZNY – Zadanie nr 5**

1. Przedmiot zamówienia:

**Aparat ACT– 2 szt.**

1. Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | PARAMETR/FUNKCJA/WARUNKI | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
| **I** | **Aparat ACT – 2 szt.** | | |
|  | Urządzenie typ, model | Podać |  |
|  | Producent/ Kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Rok produkcji | 2020 |  |
|  | Oznakowanie CE | Tak |  |
| **Parametry techniczne** | | | |
|  | Urządzenie wykonujące testy ACT- LR, ACT+, APTT, PT ze świeżej krwi pełnej oraz testów APTT i PT z krwi cytrynianowej. | Tak |  |
|  | Kuwety 2 kanałowe z precyzyjnym pomiarem objętości krwi | Tak |  |
|  | Zakres pomiaru czasu krzepnięcia nie mniejszy niż 1- 1005 s. | Tak |  |
|  | Automatyczne wykonywanie autotestu. | Tak |  |
|  | Waga aparatu nie większa niż 1 kg. | Tak |  |
|  | Zasilanie sieciowe oraz akumulatorowe. | Tak |  |
|  | Aparat dedykowany do pracy w pracowni hemodynamiki. | Tak |  |
|  | Praca na zasilaniu akumulatorowym co najmniej 3h. | Tak |  |
|  | Ilość krwi potrzebna do badania 0,015 cc. | Tak |  |
|  | Wbudowana baza danych pacjentów- nie mniej niż 600 pacjentów z pomiarami | Tak |  |
| **Informacje dodatkowe** | | | |
|  | **Okres gwarancji min. 24 miesiące max. 60 miesięcy** | **Tak, podać** |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim, paszport techniczny, karta gwarancyjna oraz wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów wraz z dostawą | Tak, z dostawą |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu w miejscu instalacji | Tak |  |
|  | Częstość przeglądów wymagana przez producenta zgodnie z instrukcją obsługi. | Podać |  |
|  | Koszt przeglądu po okresie gwarancyjnym. | Podać |  |

**\*w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.**

1. Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania   
   w polskich zakładach opieki zdrowotnej.
2. Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt B i C posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Przedmiot zamówienia | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jednostkowa**  *netto* | **Wartość** *netto*  *6=4x5* | **Stawka VAT**  *%* | **Cena jednostkowa**  *brutto*  *8=5+7* | **Wartość** *brutto* | Uwagi |
|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| **I** | Aparat ACT | **szt.** | **2** |  |  |  |  |  |  |
| **Razem cena oferty** | | | | |  |  | x |  |  |

Wykonawca oferuje realizację przedmiotu zamówienia za cenę **………………………………. złotych**, słownie złotych……………………………………… .

……………………………., dnia ………………. r.

……………………………………

podpis osoby lub osób upoważnionych

do reprezentowania wykonawcy