**FORMULARZ CENOWO –TECHNICZNY – zadanie nr 2**

1. Przedmiot zamówienia:

**Iluminator żył – 2 szt.**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | PARAMETR/FUNKCJA/WARUNKI | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
| **I** | **Iluminator żył - 2 szt.** | | |
|  | Urządzenie typ, model | Podać |  |
|  | Producent/ Kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Rok produkcji | 2020 |  |
|  | Oznakowanie CE | Tak |  |
| **Parametry techniczne** | | | |
|  | Przenośnie urządzenie służące lokalizacji żył | Tak |  |
|  | Urządzenie wykrywające żyły za pomocą światła podczerwonego, a następnie wyświetlające ten obraz na powierzchni skóry w czasie rzeczywistym | Tak |  |
|  | W skład urządzenia wchodzi minimum urządzenie do obrazowania oraz podstawa do ładowania | Tak |  |
|  | Urządzenie przystosowane do pracy ciągłej | Tak |  |
|  | Tryb uśpienia urządzenia, zapewniający wydłużoną żywotność projektora | Tak |  |
|  | Projekcja obrazu na powierzchni skóry | Tak |  |
|  | Rozdzielczość obrazu – min. 856x480 pixeli. **Dopuszcza się 720x576 pixeli.** | Tak, podać |  |
|  | Min. 3 rozmiary wyświetlanego obrazu. **Dopuszcza się urządzenie z automatyczną, płynną zmianą wielkości obrazu bez konieczności przełączania stopniowania w min. 3 rozmiarach.** | Tak, podać |  |
|  | Możliwość regulowania jasności wyświetlanego obrazu - minimum 3 poziomy jasności | Tak |  |
|  | Długość fali światła podczerwonego 850 nm ± 5% | Tak |  |
|  | Długość fali światła widzialnego 530 nm ± 5%. **Dopuszcza się długość fali światła widzialnego w zakresie 350-780 nm** | Tak, podać |  |
|  | Tryb inversii obrazu | Tak |  |
|  | Urządzenie emitujące sygnały dźwiękowe | Tak |  |
|  | Wbudowana bateria | Tak |  |
|  | Alarm niskiego poziomu naładowania baterii | Tak |  |
|  | Czas pracy baterii min. 5 godzin. | Tak |  |
|  | Czas ładowania baterii max. 4 godzin, | Tak |  |
|  | Masa urządzenia max. 0,6 kg | Tak |  |
|  | Statyw jezdny z regulowanym ramieniem typu "gęsia szyja" | Tak |  |
| **Informacje dodatkowe** | | | |
|  | **Okres gwarancji min. 24 miesiące max. 60 miesięcy** | **Tak, podać** |  |
|  | Oferowany sprzęt medyczny musi być kompletny, kompatybilny z akcesoriami, fabrycznie nowy, po instalacji gotowy do użycia zgodnie z jego przeznaczeniem | Tak |  |
|  | Montaż i uruchomienie, szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu w miejscu instalacji | Tak |  |
|  | Wykonanie przeglądów serwisowych – wg zaleceń producenta - w trakcie trwania gwarancji (w tym jeden w ostatnim miesiącu gwarancji) | Tak |  |
|  | 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 |  |
|  | 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=9/4* | **Wartość** *brutto*  *9=6+7* | Uwagi |
|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| **I** | **Iluminator żył** | **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