**Załącznik nr 2 do SWZ**

 **Załącznik nr 1 do umowy**

**FORMULARZ CENOWO –TECHNICZNY**

**A. Oferuję dostawę przedmiotu zamówienia za cenę:**

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

słownie brutto…………………………………................................................................ złotych.

**B. Oświadczam, że okres gwarancji na przedmiot zamówienia wynosi……………..miesięcy\* liczonych od dnia podpisania protokołu instalacji.**

*\* dane te należy przenieść w odpowiednie miejsce Formularza oferty.*

Oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny z niżej wskazanymi parametrami:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | **MINIMALNE WYMAGANE PARAMETRY / FUNKCJE / WARUNKI** | Oferowana parametry / funkcje / warunki\* |
| I | **Videokolonoskop** | Typ ……………………....Model …………………...…Producent…………………..Kraj pochodzenia ……….. |
|  | Rok produkcji  | 2020/2021 |
|  | Sprzęt posiada oznakowanie CE |
| **I.** | **Videokolonoskop** |
|  | Obrazowanie w standardzie HDTV 1080p |
|  | Obrazowanie w wąskim paśmie światła realizowanym przez filtr optyczny oraz cyfrowy |
|  | Grubość całej sondy endoskopowej – max. 12,8 mm |
|  | Kanał roboczy – min. 3,7 mm |
|  | Głębia ostrości – od 2 do 100 mm |
|  | Zakres zginania końcówki endoskopu: min.: G; 180º, D: 180º, L: 160º, P: 160º |
|  | Pole widzenia – min. 140º |
|  | Ilość przycisków dowolnie programowalnych do sterowania funkcjami procesora – min. 4 |
|  | Długość sondy roboczej - ± 1330 mm |
|  | Aparat w pełni zanurzalny, nie wymagający nakładek uszczelniających |
|  | Typ konektora - jednogniazdowy |
|  | Możliwość regulacji sztywności sondy za pomocą pierścienia zlokalizowanego przy głowicy |
|  | Dodatkowy kanał pomocniczy służący do spłukiwania obserwowanego pola |
|  | Pełna współpraca z posiadanymi przez Zamawiającego torami wizyjnymi EVIS EXERA III |
| **II** | **Videokolonoskop** |
|  | Obrazowanie w standardzie HDTV 1080p |
|  | Obrazowanie w wąskim paśmie światła realizowanym przez filtr optyczny oraz cyfrowy |
|  | Grubość całej sondy endoskopowej – max. 12,8 mm |
|  | Kanał roboczy – min. 3,7 mm |
|  | Głębia ostrości – od 2 do 100 mm |
|  | Zakres zginania końcówki endoskopu: min.: G; 180º, D: 180º, L: 160º, P: 160º |
|  | Pole widzenia – min. 140º |
|  | Ilość przycisków dowolnie programowalnych do sterowania funkcjami procesora – min. 4 |
|  | Długość sondy roboczej - ± 1680 mm |
|  | Aparat w pełni zanurzalny, nie wymagający nakładek uszczelniających |
|  | Typ konektora - jednogniazdowy |
|  | Możliwość regulacji sztywności sondy za pomocą pierścienia zlokalizowanego przy głowicy |
|  | Dodatkowy kanał pomocniczy służący do spłukiwania obserwowanego pola |
|  | Pełna współpraca z posiadanymi przez Zamawiającego torami wizyjnymi EVIS EXERA III |
|  | Zawory woda-powietrze wielorazowego użytku kompatybilne również z posiadanymi przez Zamawiającego endoskopami GIF-H185, CF-H185L – 10 sztuk |
|  | Zawory ssące wielorazowego użytku kompatybilne również z posiadanymi przez Zamawiającego endoskopami GIF-H185, CF-H185L – 5 sztuk |
| **III** | **Informacje dodatkowe** |
|  | Oferowany sprzęt medyczny musi być kompletny, kompatybilne z akcesoriami, fabrycznie nowe, po instalacji gotowe do użycia zgodnie z jego przeznaczeniem |
|  | Zamawiający wymaga instalacji i uruchomienia sprzętu |
|  | **Okres gwarancji min. 24 miesiące – stanowi kryterium oceny ofert** |
|  | Wykonanie przeglądów serwisowych – wg zaleceń producenta - w trakcie trwania gwarancji (w tym jeden w ostatnim miesiącu gwarancji)  |
|  | Wraz z dostarczonym sprzętem Wykonawca przekaże Instrukcję obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej, paszport techniczny, kartę gwarancyjną oraz wykaz podmiotów upoważnionych przez producenta lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu w miejscu instalacji |
|  | Częstość przeglądów wymagana przez producenta zgodnie z instrukcją obsługi. | Częstotliwość przeglądów ………….……………….. |

***\*w rubryce „Oferowana parametry/funkcje/warunki\*” Wykonawca zobowiązany jest zamieścić wymagane
informacje, tj.: wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.***

C. Oświadczam, że dostarczony Zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie
właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.

D. 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.