**Formularz ofertowy**

**Zamgławiacz do dezynfekcji pomieszczeń – szt. 1**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2024 r: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Wymagany parametr urządzenia |  | Oferowany parametr |
| 1 | Urządzenie do dezynfekcji pomieszczeń nowe | TAK, podać |  |
| 2 | Złącze USB do komunikacji z komputerem | TAK, podać |  |
| 3 | Obudowa urzadzenia wykonana z tworzywa sztucznego | TAK, podać |  |
| 4 | Automatyczne wyłączenie po etapie dyfuzji środka | TAK, podać |  |
| 5 | Urządzenie z turbiną prędkości 22000RPM i szybkością wyrzutu 80m/s | TAK, podać |  |
| 6 | Urządzenie rozpraszające środek w postaci mikro kropelek | TAK, podać |  |
| 7 | Dezynfekcja pomieszczeń o wielkości do 333 m3 | TAK, podać |  |
| 8 | Waga max. 6,5 kg | TAK, podać  |  |
| 9 | Zasilanie elektryczne 230V, 50 Hz | TAK, podać  |  |
| 10 | Urządzenie wraz z pendrive z oprogramowaniem | TAK, podać  |  |
| 11 | Mozliwość podłączenia do urządzenia elastycznego węża do dezynfekcji klimatyzacji/przewodów wentylacyjnych, miejsc trudno dostępnych | TAK, podać |  |

|  |
| --- |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
| 1. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 2. | Gwarancja min. 24miesiące | Tak , podać ile |  |
| 3. | Deklaracja zgodności CE | Tak, |  |

|  |
| --- |
| **WARTOŚĆ**  |
| ***KWOTA NETTO*** |  |
| ***VAT %*** |  |
| ***KWOTA BRUTTO*** |  |

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

 /podpisano elektronicznie/\*\*

***\*\* UWAGA: należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym osoby uprawnionej do zaciągania zobowiązań w imieniu Wykonawcy.***