**Formularz ofertowy**

**Kontenery sterylizacyjne – szt. 30**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2025 r: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | | **Wartość wymagana** | Wartość oferowana |
| **1** | **2** | | **3** | **4** |
| **PARAMETRY OGÓLNE** | | | | | |
|  | System pojemników sterylizacyjnych przeznaczony do przenoszenia, pakowania, sterylizacji i przechowywania (przed i po sterylizacji) wyrobów medycznych i przewidzianych do stosowania w warunkach aseptycznych | | TAK, opisać |  |
|  | Kontener z litym dnem 1/1 - wymiary: 595x275x243mm | | TAK, opisać |  |
|  | Pokrywa aluminiowa perforowana 1/1 - wymiary: 595x275x15mm (+- 10 mm) | | TAK, opisać |  |
|  | Materiał - stop aluminium, który poprzez elektrochemiczną obróbkę powierzchni wytwarza odporną powłokę tlenkową | | TAK, opisać |  |
|  | Kontenery z dnem litym | | TAK, opisać |  |
|  | Pokrywy perforowane z mechanizmem zastrzaskowym filtra, umożliwiającym mocowanie jednorazowych filtrów papierowych | | TAK, opisać |  |
|  | Kontenery wyposażone w uchwyty umożliwiające ich przenoszenie | | TAK, opisać |  |
|  | Kontenery posiadające miejsce/okno na etykietę | | TAK, opisać |  |
|  | Pokrywy wyposażone w silikonową uszczelkę | | TAK, opisać |  |
|  | System zamykania pojemnika umożliwiający zapięcie klamry blokującej  pokrywę na zatrzaskach w korpusie kontenera | | TAK, opisać |  |
|  | System pojemników sterylizacyjnych umożliwiający zastosowanie metody  sterylizacji - próżniową sterylizację parową (parą wodną w nadciśnieniu):  - temp. 134° C,  - minimalny czas ekspozycji: 5 min  - minimalny czas suszenia: 20 min | | TAK, opisać |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** | | | | | |
| 1. | Okres gwarancji min 24 m-ce | | Tak, podać ile |  |
| 2. | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie) | | Min. 1 rocznie |  |
| 3. | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | | Min. 10 lat |  |
| 4. | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | | Tak, podać gdzie |  |
| 6. | Czas reakcji od zgłoszenia | | Max. 48h |  |
| 7. | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju | | Max. 3 dni robocze |  |
| 8. | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy | | Max. 5 dni roboczych |  |
| 9. | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji | | Tak |  |
| 10. | Deklaracja zgodności CE | | Tak załączyć |  |
| 11. | Instrukcja obsługi w języku polskim | | Tak |  |
| Wartość netto: | |  | | | |
| VAT %: | |  | | | |
| Wartość 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.***