**Formularz ofertowy**

**Aparat do hemostazy miejscowej z opaskami uciskowymi – kpl. 1**

|  |  |
| --- | --- |
| 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** |
|  |
|  |
|  | **Pojedynczy zasilacz regulowany opasek zaciskowych – 1 szt** |
| 1 | Czynnik roboczy – medyczne sprężone powietrze | TAK, opisać  |  |
| 2 | Ciśnienie zasilania – 400kPa | TAK, opisać  |  |
| 3 | Ciśnienie wyściowe – 0+500mmHg  | TAK, opisać  |  |
| 4 | Pomiar czasu stoper z dźwiękową sygnalizacją czasu  | TAK, opisać  |  |
| 5 | Wymiary – 20,5 cm x 21 cm x16 cm ( -+0,5 cm) | TAK, opisać  |  |
| 6 | Waga max 2.5 kg | TAK, opisać  |  |
|  | **Opaski** |
| 7 | Opaska zaciskowa na ramię 64x13cm – 2 szt.  | TAK, opisać  |  |
| 8 | Opaska zaciskowa na ramię – długa 82x8cm – 2 szt. | TAK, opisać  |  |
| 9 | Opaska zaciskowa na udo 120x13,5cm – 1 szt.  | TAK, opisać  |  |
| 10 | Opaska zaciskowa na udo 85x14 cm – 1 szt. | TAK, opisać |  |
| 11 | Opaska zaciskowa na udo 140x13,5 cm – 1 szt.  | TAK, opisać  |  |
|  | **Dodatki** |
| 12 | Uchwyt zasilacza – 1 szt. | TAK, opisać  |  |
| 13 | Statyw przewoźny do zasilacza-1 szt. | TAK, opisać  |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
| 1. | Okres gwarancji | Tak, min.12 m-cy |  |
| 2. | Przeglądy sprzętu 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, |  |
| 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).

…………………………………….

Podpis i pieczątka wykonawcy