**Załącznik nr 1**

**Formularz ofertowy**

**Część I Wózek toaletowy – szt.3**

|  |  |
| --- | --- |
| 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** |
|  | Szerokość całkowita: 57 cm ± 2 cm | TAK, opisać |  |
|  | Wysokość całkowita: 95 cm ± 2 cm | TAK, opisać |  |
|  | Długość całkowita: 82 cm ± 2 cm | TAK, opisać |  |
|  | Wysokość siedziska: 52,8 cm ± 2 cm | TAK, opisać |  |
|  | Szerokość siedziska: 42 cm ± 2 cm | TAK, opisać |  |
|  | Wysokość podłokietników: 22,5 cm ± 2 cm | TAK, opisać |  |
|  | Wysokość oparcia: 39 cm ± 2 cm | TAK, opisać |  |
|  | Głębokość siedziska 42 cm ± 2 cm | TAK, opisać |  |
|  | Wymiary deski 45x43 ± 2 cm | TAK, opisać |  |
|  | Wymiary otworu 25x22 ± 2 cm | TAK, opisać |  |
|  | Waga max 15 kg | TAK, opisać |  |
|  | Maksymalne obciążenie: do 120 kg | TAK, opisać |  |
|  | Wyposażony w pojemnik sanitarny | TAK, opisać |  |
|  | 4 Kółka z 2 hamulcami zwiększającymi bezpieczeństwo | TAK, opisać |  |
|  | Odchylane i zdejmowane podnóżki | TAK, opisać |  |
|  | 2 podłokietniki | TAK, opisać |  |
|  | Łatwa w czyszczeniu tapicerka | TAK, opisać |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
| 1. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 2. | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać ile |  |
| 3. | Deklaracja zgodności CE | 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

***.***

 **Załącznik nr 1**

**Formularz ofertowy**

**Część II Fotel do pobierania krwi – szt.1**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | Wartość oferowana |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **PARAMETRY OGÓLNE** |
|  | Konstrukcja podstawy stalowa z chromowanym wykończeniem | TAK, opisać |  |
|  | Regulacja wysokości siłownik hydrauliczny z dźwignią nożną | TAK, opisać |  |
|  | Podłokietniki obustronne, regulowane pionowo | TAK, opisać |  |
|  | Regulacja wysokości podłokietników w zakresie 0-20 cm | TAK, opisać |  |
|  | Wymiary podłokietników 35x17 cm ± 2cm | TAK, opisać |  |
|  | Mechanizm obrotowy 360° | TAK, opisać |  |
|  | Maksymalne obciążenie 130 kg | TAK, opisać |  |
|  | Materiał tapicerki atestowany i łatwy do dezynfekcji, skóropodobny | TAK, opisać |  |
|  | Wypełnienie siedziska i oparcia elastyczną pianką poliuretanową | TAK, opisać |  |
|  | Wymiary:- szerokość 84 cm ± 2 cm (siedzisko 48 cm ±2cm.)- wysokość w zakresie 110 - 126 cm- głębokość 72 cm ± 2 cm | TAK, opisać |  |
|  | Regulacja wysokości siedziska w zakresie 43-54 cm | TAK, opisać |  |
|  | Kolor tapicerki min. 3 kolory do wyboru | TAK, opisać |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
| 1. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 2. | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać ile |  |
| 3 | Dostępność części zamiennych u producenta | Tak, podać gdzie |  |
| 4. | Deklaracja zgodności CE | 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

 **Załącznik nr 1**

**Formularz ofertowy**

**Część III Pulsoksymetr przenośny – szt.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** |
| **PARAMETRY OGÓLNE** |
|  | Pulsoksymetr przeznaczony dla dzieci i dorosłych | TAK, opisać |  |
|  | Pomiar SpO2 i częstości tętna, zarówno w trybie pomiaru pojedynczego, jak i ciągłego monitorowania | TAK, opisać |  |
|  | Kolorowy wyświetlacz LCD o przekątnej 2,4 cala, ( +/- 0,5 cala) wyświetla odczyty SpO2 i tętna | TAK, opisać |  |
|  | Zmienna jasność ekranu pozwalająca zmieniać intensywność wyświetlacza LCD i oszczędzać energię baterii | TAK, opisać |  |
|  | Automatyczny tryb gotowości i tryb automatycznego wyłączania pomagają w oszczędzaniu energii baterii | TAK, opisać |  |
|  | Regulowane alarmy wizualne i dźwiękowe: | TAK, opisać |  |
|  | Na wyświetlaczu LCD można wybrać opcję pokazywania limitów alarmowych SpO2 i częstości tętna | TAK, opisać |  |
|  | W trybie ciągłym pamięć obsługuje przechowywanie min.96 godzin trendów danych dla pojedynczego pacjenta | TAK, opisać |  |
|  | W trybie pojedynczego pomiaru pamięć obsługuje min. 4000 zestawów danych dla maksymalnie 99 identyfikatorów pacjenta | TAK, opisać |  |
|  | Możliwość eksportowania przechowywanych danych pacjentów do komputera przy użyciu kabla komunikacyjnego | TAK, opisać |  |
|  | Wybór pomiędzy baterią litową lub alkaliczną AA | TAK, opisać |  |
|  | Co najmniej 36 godzin ciągłej pracy na zasilaniu bateryjnym | TAK, opisać |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
| 1. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 2. | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać ile |  |
| 3. | Deklaracja zgodności CE | 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

 **Załącznik nr 1**

**Formularz ofertowy**

 **Część IV Wózek do rozwożenia leków – szt. 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** |
| **PARAMETRY OGÓLNE** |
|  | Konstrukcja wykonana z metalowych rurek lakierowanych proszkowo | TAK, opisać |  |
|  | Stelaż w kolorze białym | TAK, opisać |  |
|  | Co najmniej 4 przenośne nierdzewne tace | TAK, opisać |  |
|  | Tworzywowe przegródki na co najmniej 120 leków | TAK, opisać |  |
|  | Uchylna miska tworzywowa | TAK, opisać |  |
|  | 4 kółka jezdne, w tym 2 z blokadą | TAK, opisać |  |
|  | Wymiary:- długość 72 cm. ±2 cm- szerokość 42 ±2 cm- wysokość 83 ±2 cm | TAK, opisać |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
| 1. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 2. | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać ile |  |
| 3. | Deklaracja zgodności CE | 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

 **Załącznik nr 1**

**Formularz ofertowy**

**Część V Wózek inwalidzki – szt.4**

|  |  |
| --- | --- |
| 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** |
|  | Konstrukcja wykonana ze stali lakierowanej proszkowo | TAK, opisać |  |
|  | Składana aluminiowa rama o konstrukcji krzyżakowej | TAK, opisać |  |
|  | Tapicerka wykonana z nylonu  | TAK, opisać |  |
|  | Tylna kieszeń | TAK, opisać |  |
|  | Pompka w zestawie (dot. koła pompowane) | TAK, opisać |  |
|  | Elementy odblaskowe w kołach tylnych | TAK, opisać |  |
|  | Stopki dla opiekuna umożliwiające wspomaganie podnoszenia wózka stopą (podjazdy na krawężnik) | TAK, opisać |  |
|  | Hamulec dla pacjenta z regulacją docisku | TAK, opisać |  |
|  | Hamulec dla opiekuna z funkcją blokady postojowej | TAK, opisać |  |
|  | Podwójny system hamowania (dla pacjenta i dla opiekuna) | TAK, opisać |  |
|  | Miękkie, antybakteryjne, zdejmowane, zmywalne siedzisko i oparcie, dodatkowa miękka, oddychająca tapicerka siatkowa zapinana na rzepy | TAK, opisać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne całkowite: 107x68x92cm ± 2 cm | TAK, opisać |  |
|  | Maksymalna szerokość siedziska 50 cm ± 5 cm | TAK, opisać |  |
|  | Składane oparcie | TAK, opisać |  |
|  | Podnóżki zdejmowane, odchylane z regulacją wysokości | TAK, opisać |  |
|  | Podnóżki zaopatrzone w pasy zabezpieczające stopy | TAK, opisać |  |
|  | Podnóżki wyposażone w dodatkowy pas podtrzymujący łydki | TAK, opisać |  |
|  | Pas biodrowy zabezpieczający przed wypadnięciem | TAK, opisać |  |
|  | Podłokietniki: uchylne, odpinane, materiał z poliuretanowy | TAK, opisać |  |
|  | Koła tylne: pełne lub pneumatyczne: 61 x 2,5cm ± 2 cm | TAK, opisać |  |
|  | Koła tylne bezobsługowe – szybkozłączki (system szybkiego demontażu za pomocą jednego przycisku) | TAK, opisać |  |
|  | Koła przednie bezobsługowe pełne, z regulacją wysokości | TAK, opisać |  |
|  | Waga wózka inwalidzkiego max. 19 kg | TAK, opisać |  |
|  | Maksymalne obciążenie 130 kg | TAK, opisać |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
| 1. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 2. | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać ile |  |
| 3. | Deklaracja zgodności CE | 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

 **Załącznik nr 1**

**Formularz ofertowy**

**Część VI Wózek pielęgniarski – szt. 3**

|  |  |
| --- | --- |
| 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** |
|  | Konstrukcja wykonana z rurek lakierowanych proszkowo | TAK, opisać |  |
|  | Wyposażony w:- 3 zdejmowane tace z tworzywa- worek foliowany na odpady z przykrywką- druciany kosz | TAK, opisać |  |
|  | Stelaż w kolorze białym | TAK, opisać |  |
|  | 4 koła jezdne w tym 2 z blokadą | TAK, opisać |  |
|  | Wymiary:- długość 64 cm ± 2 cm- szerokość 42 cm ± 2 cm- wysokość 90 cm ± 2 cm | TAK, opisać |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
| 1. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 2. | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać ile |  |
| 3. | Deklaracja zgodności CE | 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

 **Załącznik nr 1**

**Formularz ofertowy**

**Część VII Chłodziarka farmaceutyczna do przechowywania leków – szt.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** |
| **PARAMETRY OGÓLNE** |
|  | Moduł alarmowy z sygnalizacją dźwiękową (zbyt wysoka temperatura, zbyt niska temperatura, zbyt długi czas otwarcia drzwi) | TAK, opisać  |  |
|  | Rejestrator temperaturowy w wewnątrz urządzenia z wyjściem USB do odczytu | TAK, opisać  |  |
|  | Korpus izolowany pianką poliuretanową | TAK, opisać  |  |
|  | Chłodzenie dynamiczne | TAK, opisać  |  |
|  | Automatyczne odparowanie skroplin | TAK, opisać  |  |
|  | Drzwi przeszklone z szyba zespoloną | TAK, opisać  |  |
|  | Wnętrze szafy wykonane z tworzywa w kolorze białym | TAK, opisać  |  |
|  | Korpus zewnętrzny lakierowany na kolor biały | TAK, opisać  |  |
|  | 5 półek siatkowych w kolorze białym z możliwością zmiany wysokości zawieszenia | TAK, opisać  |  |
|  | Oświetlenie wnętrza LED | TAK, opisać  |  |
|  | Drzwi otwierające się na lewą stronę | TAK, opisać |  |
|  | Zamek drzwi | TAK, opisać  |  |
|  | Wymiary:* wysokość max. 200 cm.
* głębokość max. 64cm.
* szerokość max. 60cm.
 | TAK, opisać  |  |
|  | Zakres temperatur +1 do +10 C | TAK, opisać  |  |
|  | Pojemność całkowita 360 l; ( +/- 20l)  | TAK, opisać  |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
| 1. | Okres gwarancji min. 24 miesiące | 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 |  |
| 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