**Formularz ofertowy**

 **Część I - Przewijak dla niemowląt z szafką – 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** |
|  | Przewijak odpowiedni do badania noworodków i niemowląt | TAK, opisać  |  |
|  | Blat o wymiarach: zewnętrznych 74x100 cm (+- 1cm) wewnętrznych 64x80 cm (+- 1cm) (powierzchnia pomiędzy osłonami) | TAK, opisać  |  |
|  | Wysokości przewijaka 88 cm (+- 1cm) (od podłoża do blatu) | TAK, opisać  |  |
|  | Piankowe osłony blatu | TAK, opisać  |  |
|  | Konstrukcja stalowa pokryta lakierem proszkowym | TAK, opisać  |  |
|  | nogi ze stopkami umożliwiającymi poziomowanie stolika | TAK, opisać  |  |
|  | szafka 2-drzwiowa z laminowanej płyty meblowej | TAK, opisać  |  |
|  | miękka pianką PU wypełniająca elementy tapicerowane | TAK, opisać  |  |
|  | Tapicerka grubość 0,85 ±0,15 mm, wytrzymałość na rozdzieranie ≥ 2,5 daN, odporność powłoki na ścieranie ≥ 40.000 cykli wg PN-EN ISO 5470-2 (lub równoważną) i ≥ 150.000 wg PN-EN ISO 12947-4 (lub równoważną). - poliester 100%. Możliwość dezynfekowania ogólnodostępnymi środkami do dezynfekcji | TAK, opisać |  |
|  | Bezszwowa tapicerka w min. 3 kolorach do wyboru | TAK, opisać  |  |
|  | Maksymalne obciążenie do 100 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).

 /podpisano elektronicznie/\*\*

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

**Formularz ofertowy**

**Część II Elektroniczna waga medyczna – 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** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe | TAK, opisać  |  |
|  | **Funkcje:**TARA, HOLD, BMI,automatyczne wyłączaniewzrostomierz o zakresie pomiaru 60 – 200 cm i podziałce 1 mm |  |  |
|  | **Zasilanie:**bateryjne, zasilacz | TAK, opisać  |  |
|  | **Wymiary platformy (szer. x wys. x gł.) [mm]:**272 x 75 x 280 (+- 10 mm) | TAK, opisać  |  |
|  | **Wymiary (szer. x wys. x gł.) [mm]:**294 x 1.340 x 417 (+- 10 mm) | TAK, opisać  |  |
|  | **Podziałka**100 g < 150 kg > 200 g (+- 10%) | TAK, opisać  |  |
|  | Maksymalna waga pacjenta max. 200 kg | TAK, opisać  |  |
|  | Masa własna max. 7 kg | TAK, opisać  |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
| 1. | Okres gwarancji min 24 m-ce | Tak, podać ile |  |
| 2. | Legalizacja sprzętu 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 | Max. 5 dni robocze |  |
| 9. | Wykonawca ponosi koszty legalizacji 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).

 /podpisano elektronicznie/\*\*

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