**Załącznik nr 5 do SWZ**

**Załącznik nr 1 do umowy LI.262.2.4.2023**

**FORMULARZ CENOWO –TECHNICZNY - zadanie nr 4**

A. Oferuję dostawę przedmiotu zamówienia za cenę:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Przedmiot zamówienia | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena**  **jednostkowa**  *netto* | **Wartość**  *netto*  *6=4x5* | **Stawka VAT**  *%* | **Cena**  **jednostkowa**  *brutto*  *8=9/4* | **Wartość**  *brutto*  *9=6+7* |
|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| **I** | **Wózek do**  **transportu**  **pacjentów** | **szt.** | **5** |  |  |  |  |  |
| **Razem cena oferty** | | | | |  | **-** | **-** |  |

**B. Oświadczam, że okres gwarancji na przedmiot zamówienia wynosi……………..miesięcy.**

Oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny z niżej wskazanymi parametrami:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Wózek do transportu pacjentów – 5 szt.** | | | Typ ………………………....  Model …………………...….  Producent…………………..  Kraj pochodzenia ………….. |
|  | Rok produkcji | | 2022/2023 |
|  | Certyfikat CE | | |
|  | Wózek przeznaczony do przewożenia pacjentów w pozycji leżącej | | |
|  | Wymiary zewnętrzne:  - długość 2160 mm (± 10cm)  - szerokość max. 765 mm | | |
|  | Powierzchnia leża pacjenta (± 10cm):  - długość 1950 mm  - szerokość 620 mm | | |
|  | Dopuszczalne bezpieczne obciążenie robocze: min. 300 kg | | |
|  | Waga wózka: max 120 kg | | |
|  | Stabilna metalowa konstrukcja ramy, oparta na dwóch kolumnach cylindrycznych | | |
|  | Elementy metalowe wózka (uchwyty do prowadzenia wózka, dźwignia sprężyny gazowej sekcji pleców, barierki boczne i przycisk blokady barierek) malowane proszkowo farbą posiadającą właściwości antybakteryjne z jonami srebra | | |
|  | 4 koła jezdne o śr. 200 mm (± 1%)z precyzyjnymi łożyskami kulowymi oraz dodatkowe piąte koło kierunkowe, 2 koła antystatyczne | | |
|  | Nożne dźwignie uruchamiania centralnej blokady kół oraz blokady kierunkowej na wszystkich 4 narożnikach wózka | | |
|  | Regulacja wysokości leża w zakresie: 590 – 900 mm (± 2%) wspomagana hydraulicznie przy pomocy pompy nożnej (możliwość regulacji wysokości oraz ustawienia pozycji Trandelenburga i anty-Trandelenburga), | | |
|  | Pozycja Trandelenburga i anty-Trandelenburga: min. 12° | | |
|  | Regulacja wysokości, pozycji trendelendburga i antytrendelenburga za pomocą pedałów z lewej i prawej strony wózka | | |
|  | Powierzchnia leża składająca się z 2 elementów, sekcja pleców (dł. 730 mm) unoszona ze wspomaganiem gazowym (± 2%) | | |
|  | Unoszenie sekcji pleców wspomagane sprężyną gazową w zakresie min. 90° | | |
|  | Uchwyty do prowadzenia wózka od strony głowy i od nóg pacjenta z możliwością składania | | |
|  | Opuszczane boczne barierki, składane poniżej poziomu leża, nie powiększające zewnętrznych wymiarów wózka | | |
|  | Ochronne krążki odbojowe na narożnikach wózka oraz dodatkowe ochrony przeciwkolizyjne | | |
|  | Obudowa podstawy wózka wykonana z trwałego tworzywa ABS z przestrzenią do przechowywania ubrań pacjenta oraz butli z tlenem | | |
|  | Materac grubości min. 80 mm antystatyczny, z pamięcią kształtu, przezierny dla promieni rtg mocowany do wózka przy pomocy samoprzylepnych pasków żelowych z możliwością mycia | | |
|  | Wózek wyposażony w:  - stojak na kroplówki ze stali nierdzewnej mocowany z lewej po stronie głowy, 3-stopniowa, teleskopowa regulacja z 4 haczykami (min. 650 mm), możliwość złożenia x1  - haki do zawieszenia np. worków na mocz x1para | | |
|  | **Informacje dodatkowe** | | |
|  | Oferowany sprzęt medyczny musi być kompletny, kompatybilne z akcesoriami, fabrycznie nowe, po instalacji gotowe do użycia zgodnie z jego przeznaczeniem | | |
|  | Zamawiający wymaga instalacji i uruchomienia sprzętu | | |
|  | Okres gwarancji min. 24 miesiące | | |
|  | Wykonanie przeglądów serwisowych – wg zaleceń producenta - w trakcie trwania gwarancji (w tym jeden w ostatnim miesiącu gwarancji) | | |
|  | Wraz z dostarczonym sprzętem Wykonawca przekaże Instrukcję obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej, paszport techniczny, kartę gwarancyjną oraz wykaz podmiotów upoważnionych przez producenta lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów | | |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu w miejscu instalacji | | |
|  | Częstość przeglądów wymagana przez producenta zgodnie z instrukcją obsługi. | Częstotliwość przeglądów ….. | |

C. Oświadczam, że dostarczony Zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie   
właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.

D. Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt B  
i C posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

|  |  |
| --- | --- |
|  | ………………………………………………  *Imię i nazwisko osoby uprawionej do reprezentowania Wykonawcy* |