|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Wzór oferty. |

**Zakup 4 sztuk materacy lub innych urządzeń do aktywnej regulacji temperatury ciała w ramach projektu pn. „Zakup niezbędnego sprzętu oraz środków do dezynfekcji dla SP ZOZ MSWiA w Katowicach im. sierżanta Grzegorza Załogi celem leczenia i diagnostyki pacjentów z podejrzeniem zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2”**

Dane dotyczące Wykonawcy:

Nazwa.......................................................................................................................................

Adres.........................................................................................................................................

Nr telefonu/faxu.........................................................................................................................

www, e-mail...............................................................................................................................

NIP…………………………………….………………………………………………………………...

REGON....…………………………….………………………………………………………………...

Zobowiązania Wykonawcy:

Zobowiązuję się dostarczyć materace lub inne urządzenie do aktywnej regulacji temperatury ciała zgodnie z warunkami i parametrami określonymi w ogłoszeniu za łączną kwotę:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot zamówienia | Ilość | Cena jednostkowa netto  [zł] | Wartość  netto  [zł]  (kol.2 x kol. 3) | Wartość  podatku  VAT  [zł] | Wartość  brutto  [zł]  (kol.4+kol. 5) |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* |
| Materace lub inne urządzenie do aktywnej regulacji temperatury ciała | 4 |  |  |  |  |

Zobowiązuję się wykonać przedmiot zamówienia w terminie do 30 dni od otrzymania zamówienia nie później niż do 10.09.2020 roku.

Oświadczam, że:

* uzyskaliśmy informacje niezbędne do przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia i nie wnosimy do nich zastrzeżeń.
* wyrażam zgodę na 30-dniowy termin płatności faktury liczony od daty wpływu faktury VAT do SP ZOZ MSWiA w Katowicach.
* w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego. W ofercie nie została zastosowana cena dumpingowa i oferta nie stanowi czynu nieuczciwej konkurencji, zgodnie z art. 89 ust. 1 pkt 3 ustawy Prawo zamówień publicznych (Dz.U. 2016r poz. 1020) i art. 5-17 ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U. z 1996 r. nr 47, poz.211 z późn. zmianami).
* jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres **30 dni** od upływu ostatecznego terminu składania ofert;
* Osobą odpowiedzialna za realizację umowy ze strony Wykonawcy będzie *..................................................(imię i nazwisko*), tel. kontaktowy......................................................... adres email ………………………………………

…………………..…dn………………… ...............................................................................

*podpis i pieczęć uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Materace lub inne urządzenie do aktywnej regulacji temperatury ciała – 4 sztuki** | | | | | |
| **Nazwa** | |  | | | |
| **Typ** | |  | | | |
| **Wytwórca** | |  | | | |
| **Kraj pochodzenia** | |  | | | |
| **Rok produkcji: 2020** | |  | | | |
| **Lp.** | **Opis** | | **Parametr wymagany** | | **Potwierdzenie spełnienia warunku / opisać** |
|  | Urządzenie do ogrzewania pacjenta poprzez system ogrzewania wymuszonym obiegiem ciepłego powietrza | | Tak | |  |
|  | Możliwość regulacji temperatury w zakresie od 30°C do 40°C ze skokiem 0,5°C | | Tak, podać | |  |
|  | Dwie prędkości przepływu powietrza | | Tak | |  |
|  | System alarmów wizualnych oraz dźwiękowych | | Tak | |  |
|  | Filtr 0.2 mikrona | | Tak | |  |
|  | Nadzór oraz raportowanie przebiegu terapii - czasu trwania ogrzewania pacjenta, zbyt wysokiej temperatury oraz nieprawidłowości podczas stosowania - widoczne na zewnętrznym panelu urządzenia | | Tak | |  |
|  | Możliwość monitorowania godzin pracy urządzenia oraz monitorowania czasu ogrzewania pacjenta | | Tak | |  |
|  | Trzy czujniki temperatury z możliwością zastosowania dwóch różnych szybkości przepływu powietrza. | | Tak | |  |
|  | Wymiary jednostki sterującej: 35cm (wys) x 35 cm(szer) x 35 cm (gł) | | Tak, podać | |  |
|  | Wąż grzewczy: długość 2-3 m | | Tak, podać | |  |
|  | Termostat: niezależny obwód elektryczny | | Tak | |  |
|  | Zabezpieczenie przed przegrzaniem w postaci czujnika temperatury przy wlocie węża | | Tak | |  |
| **Wyposażenie:** | | | | | |
|  | Podstawa jezdna: wózek na 4 kółkach z blokadami oraz półka na kołdry | | Tak | |  |
|  | Kołdra grzewcza pod pacjenta wielodostępowa o poniższych parametrach: 150 cm x 80 cm | | Tak | |  |
|  | Wykonana z polipropylenu przeznaczony do dezynfekcji | | Tak | |  |
|  | Na całej górnej powierzchni kołdry małe otworki rozprowadzające ciepło równomiernie na całe ciało pacjenta | | Tak | |  |
|  | Otwory odprowadzające w czterech kierunkach gromadzący się pod pacjentem płyn | | Tak | |  |
|  | 2 otwory do podłączenia dmuchawy | | Tak | |  |
| **Gwarancja i serwis** | | | | | |
|  | Okres gwarancji min. 24 miesiące | | Tak, podać |  | |
|  | W ramach ceny oferty przeglądy w okresie trwania gwarancji | | Tak |  | |
|  | Serwis na terenie Polski (podać dokładny adres wraz z numerem tel. oraz numerem fax) | | Tak, podać |  | |
|  | Instrukcje w języku polskim | | Tak |  | |

……………………… dn. ………………………. …………………………………………………..

Podpis uprawnionego do reprezentowania przedstawiciela wykonawcy