**Załącznik nr 12 do SWZ**

**Załącznik nr 1 do umowy LI.262.2.11.2023**

**FORMULARZ CENOWO –TECHNICZNY - zadanie nr 11**

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** | **Chłodziarka  laboratoryjna** | **szt.** | **2** |  |  |  |  |  |
| **Razem cena oferty** | | | | |  | **-** | **-** |  |

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

Oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny z niżej wskazanymi parametrami:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Chłodziarka laboratoryjna – 2 szt.** | | | Typ ………………………....  Model …………………...….  Producent…………………..  Kraj pochodzenia ………….. |
|  | Rok produkcji | | 2022/2023 |
|  | Certyfikat CE | | |
|  | Wymiary zewnętrzne ( szer. × wys. × gł.): 650 mm × 850 mm × 650 mm (± 5 mm) | | |
|  | Korpus zewnętrzny lakierowany | | |
|  | Wnętrze wykonane ze stali kwasoodpornej | | |
|  | Izolacja 70 mm ± 2 mm | | |
|  | Ekologiczny czynnik chłodniczy | | |
|  | Drzwi przeszklone z wymienną uszczelką | | |
|  | Zamek mechaniczny drzwi | | |
|  | System automatycznego domykania drzwi | | |
|  | Drzwi prawe | | |
|  | Elektroniczny sterownik temperatury z cyfrowym wyświetlaczem umożliwiający zmianę nastawy temperatury co 0.1K | | |
|  | Alarm dźwiękowy i wizualny przekroczenia wysokiej i niskiej temp. | | |
|  | Alarm otwartych drzwi | | |
|  | Alarm zabrudzonego skraplacza | | |
|  | Alarm uszkodzonego czujnika temperatury | | |
|  | Wyjście alarmu zewnętrznego- styk bezpotencjałowy | | |
|  | Automatyczne odtajanie i odparowanie kondensatu | | |
|  | System przeciwzamrożeniowy | | |
|  | Prowadnice półki / wsporniki poziome | | |
|  | 2 półki powlekane z drutu | | |
|  | Możliwość regulacji położenia półki | | |
|  | Otwór walidacyjny | | |
|  | Nogi regulowane | | |
|  | Oświetlenie LED | | |
|  | Poziom hałasu 51 dB ± 1 dB | | |
|  | Dynamiczny tryb chłodzenia | | |
|  | Zasilanie z sieci 230 V | | |
|  | **Informacje dodatkowe** | | |
|  | Oferowany sprzęt medyczny musi być kompletny, kompatybilny z akcesoriami, fabrycznie nowy, po instalacji gotowy 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 w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu 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* |
|  |  |