**Załącznik nr 6 do SWZ**

**Załącznik nr 1 do umowy LI.262.2.5.2023**

**FORMULARZ CENOWO –TECHNICZNY - zadanie nr 5**

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=5+7* | | **Wartość**  *brutto*  *9=4\*8* |
|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | | 9 |
| **I** | **Tablica okulistyczna** | **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. **Tablica okulistyczna – 2 szt.** | | | Typ ………………………....  Model …………………...….  Producent…………………..  Kraj pochodzenia ………….. |
|  | Rok produkcji | | 2022/2023 |
|  | Certyfikat CE | | |
|  | Ekran min. 23,6 cali | | |
|  | Typ panelu LCD | | |
|  | Format obrazu 16:9 wide | | |
|  | Kąt pola widzenia: ogólny 170° (poziomy), 160°(pionowy) | | |
|  | Jasność 300 cd/m3 | | |
|  | Rozdzielczość 1920 x 1080 pikseli | | |
|  | Liczba kolorów min. 16,7 milionów | | |
|  | Kontrast 1000:1 | | |
|  | Czas reakcji max. 5 ms | | |
|  | Współpraca z komputerem | | |
|  | Programowana odległość: 1,5 m – 6 m | | |
|  | Montaż na ścianie | | |
|  | Testy: cyfry, litery, obrazki dla dzieci, Snellen E, Landolt, czerwono-zielony, binokularny, Worth, Schober, na astygmatyzm, badania zeza ukrytego, badania na ślepotę barw, ETDRS, badania wrażliwości na kontrast | | |
|  | Sterowanie pilotem | | |
|  | Liczba masek: pojedyncza maska 168, maska pozioma 30, maska pionowa 50 | | |
|  | Szybkość zmiany maski 1 klatek/0,03 sek. | | |
|  | Zasilanie DC 12V 4A (pilot DC 3V) | | |
|  | Pobór prądu max. 35W | | |
|  | **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* |
|  |  |