

**FORMULARZ CENOWO-TECHNICZNY****Zakup sprzętu medycznego i wyposażenia****A. Przedmiot zamówienia:**I. Fotel do podawania chemioterapii – 10 szt.**B. Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli.**

Lp.	PARAMETR/FUNKCJA/WARUNKI	Wartość wymagana	Oferowana wartość*
<b>I</b>	<b>Fotel do podawania chemioterapii</b>	<b>10 szt</b>	
1.	Urządzenie typ, model	Podać	
2.	Producent/ Firma	Podać	
3.	Kraj pochodzenia	Podać	
4.	Rok produkcji	2018	
5.	Oznakowanie CE	Tak	
<b>II</b>	<b>Parametry techniczne</b>		
6.	Elektryczna regulacja oparcia, siedziska i wysokości za pomocą pilota. <b>Zamawiający dopuszcza, aby fotel do chemioterapii wyposażony był w kosz na podstawowe rzeczy pacjenta.</b>	<b>Tak, podać</b>	
7.	Fotel umożliwiający uzyskanie pozycji siedzącej, leżącej	Tak	
8.	Płynna mechaniczna regulacja nachylenia segmentu: - pleców, - siedziska, - nożnego,	Tak	
9.	Regulowane oparcie podudzia wraz z podnóżkiem	Tak	
10.	1. Stopniowa regulacja podnóżka ułatwiająca dostosowanie podnóżka w pozycji półleżącej lub leżącej lub: <b>2. Zamawiający dopuszcza, aby fotele do chemioterapii posiadały elektryczną regulację podparcia nóg w zakresie 0- -30° lub:</b> <b>3. Zamawiający dopuszcza, aby fotele do chemioterapii posiadały dźwignię do regulacji podnóżka za pomocą sprężyny gazowej, umieszczoną w segmencie siedziska, tak aby pacjent samodzielnie mógł zmieniać pozycje podnóżka.</b>	<b>Tak, podać</b>	
11.	Płynna zmiana pozycji fotela od siedzącej do horyzontalnej oraz Trendelenburga	Tak	
12.	Poszycie konstrukcji i części bocznych materiałem odpornym na środki dezynfekcyjne	Tak	
13.	Oddzielnie mocowane kółka o średnicy 8 – 10 cm z możliwością blokady <b>Zamawiający dopuszcza oddzielnie mocowane kółka o średnicy 7,5 – 10 cm z możliwością blokady.</b>	<b>Tak, podać</b>	
14.	Długość siedziska od 2100 mm do 2300 mm	Tak, podać	
15.	Szerokość siedziska od 550 mm do 650 mm	Tak, podać	
16.	Szerokość fotela wraz z podłokietnikami od 850 mm do 950 mm	Tak, podać	
17.	1. Kąt nachylenia oparcia od -13° do 75 °	<b>Tak, podać</b>	

	<b>2. Zamawiający dopuszcza, aby fotele do chemioterapii posiadały kąt nachylenia oparcia pleców w zakresie -18° do +75°</b> <b>3. Zamawiający dopuszcza, aby fotele do chemioterapii posiadały kąt nachylenia oparcia od -15° do 75 °</b>		
18.	1. Kąt nachylenia siedziska do 22° <b>2. Zamawiający dopuszcza aby fotele do chemioterapii posiadały kąt nachylenia siedziska do 30°</b> <b>3. Zamawiający dopuszcza, aby fotele do chemioterapii posiadały kąt nachylenia siedziska 15°</b>	Tak, podać	
19.	Kąt nachylenia podudzia do 22° <b>Zamawiający dopuszcza kąt nachylenia podudzia do -28°</b>	Tak, podać	
20.	<b>Maksymalne obciążenie fotela min. 170 kg</b>	Tak, podać	
21.	<b>Waga fotela max.110 kg</b>	Tak, podać	
22.	Możliwość prostego i szybkiego demontażu tapicerki w celu czyszczenia i dezynfekcji <b>Zamawiający dopuszcza, aby fotele do chemioterapii, nie posiadały możliwości szybkiego i łatwego demontażu tapicerki ( posiadały tapicerkę, która jest zamocowana na stałe), natomiast posiadały osłony z tworzywa w segmencie pleców, podnóżka, siedziska, podłokietników, które ułatwiają dezynfekcję.</b>	Tak, podać	
23.	Zdejmowany zagłówek	Tak	
24.	Podłokietniki posiadające możliwość odchylenia do wysokości oparcia pleców dla łatwego zajęcia miejsca przez pacjenta	Tak	
25.	Możliwość wyboru kolorystyki z palety ral po podpisaniu umowy z wykonawcą.	Tak	
<b>III</b>	<b>Informacje dodatkowe</b>		
26.	Okres gwarancji min. 24 miesiące max. 60 miesięcy	Podać	
27.	Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą aparatury.	Tak	
28.	Dostawa wraz ze szkoleniem personelu w zakresie obsługi i eksploatacji.	Tak	
29.	Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą aparatury.	Tak	
30.	Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów wraz z dostawą aparatury.	Tak	
31.	Częstotliwość przeglądów wymagana przez producenta zgodnie z instrukcją obsługi.	Podać	
32.	Koszt przeglądu po okresie gwarancyjnym.	Podać	

\*w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.

- C.** Wykonawca oświadcza, 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.

<b>Lp.</b>	<b>Przedmiot zamówienia</b>	<b>Jednostka miary</b>	<b>Ilość</b>	<b>Cena jednostkowa netto</b>	<b>Wartość netto</b> 6=4x5	<b>Stawka Vat</b>	<b>Cena jednostkowa brutto</b> 8=5+7	<b>Wartość brutto</b> 9=6+7
1	2	3	4	5	6	7	8	9
III	<b>Fotel do podawania chemioterapii</b>	szt.	10					
<b>Razem cena oferty</b>								

Wykonawca oferuje realizację przedmiotu zamówienia za cenę .....złotych,

słownie złotych.....

..... dnia

.....  
podpis osoby lub osób upoważnionych  
do reprezentowania wykonawcy