Załącznik nr 2

…………………………. …….…………………….

(pieczęć firmowa ) (miejscowość, data)

**OFERTA CENOWA**

**Zadanie nr 1 - PULSOKSYMETR**

1. **Oferuję wykonanie** przedmiotu zamówieniaza kwotę łączną:

Wartość netto:…………………….

powiększone o ………% VAT,

co daje wartość brutto: ………………….

(słownie: ………………………………………………………………………..………), zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz wymogami opisu przedmiotu zamówienia, za ceny podane w tabeli poniżej:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ip** | **Treść przedsięwzięcia** | **ilość** | **Wartość jednostkowa brutto w zł** | **Wartość brutto ogółem (zł)**  **[kol.3 x kol.4]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1 | Pulsoksymetr na palec to urządzenie diagnostyczne, przenośne, nieinwazyjne przeznaczone do punktowego sprawdzania saturacji tętniczej, hemoglobiny(SpO2). Oraz częstości tętna pacjentów.  **PARAMETRY TECHNICZNE**  Pulsoksymetr przeznaczony do pracy w warunkach polowych oraz w trakcie transportu środkami ewakuacji medycznej.  Możliwości zastosowania:  1. Pomiar saturacji.  2. Pomiar częstości akcji serca.  3. Możliwość pomiarów u dorosłych i dzieci.  Konfiguracja:  1. Czujnik palcowy dla dorosłych – klips  2. Czujnik uszny dla dorosłych.  3. Komplet baterii.  4. Torba transportowa w kolorze ciemnozielonym lub ciemnoszarym, wykonana z materiału z pokryciem poliuretanowym i z impregnacją fluorowęglową (np. typu CORDURA lub odpowiednie). Torba z kieszeniami na akcesoria i baterie.  Konstrukcja:  1. Monoblokowa.  2. Zasilanie bateryjne.  3. Wyświetlacz cyfrowy LED.  4.. Wskaźnik jakości sygnału/perfuzji.  5. Zakres pomiaru saturacji nie mniej niż 0 -99 %.  6. Zakres pomiaru pulsu min. 30-250 /min.  7. Dokładność pomiaru saturacji i pulsu min (+/-) 3%.  8. Możliwość stosowania czujników jedno- i wielorazowych.  9. Czas pracy z kpl. baterii nie mniej niż 24 godziny pracy ciągłej.  10. Temperatura pracy w zakresie nie mniejszym niż – 20 st. C do +50 st. C.  11. Wilgotność względna nie mniej niż 10 do 90%.  12. Waga z kpl. baterii max 0,5 kg.  II. INNE  1. Oferowany sprzęt jest fabrycznie nowy, kompletny i gotowy do działania bez dodatkowych zakupów, niepochodzący z rezerw mobilizacyjnych ani zapasów wojennych, seryjny.  2. Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski – potwierdzony przez producenta. Do produktu dołączyć kartę informacyjną zawierającą wykaz czynności konserwacyjnych (okresowa konserwacja, okresowa lub doraźna obsługa serwisowa, aktualizacja oprogramowania, okresowy lub doraźnych przegląd, regulacja, kalibracja, wzorcowanie, sprawdzenie lub kontrola bezpieczeństwa), zalecaną częstotliwość ich wykonania oraz wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania tych czynności.  3**. Okres gwarancji – min 24 miesiące.** W okresie gwarancji koszty wymaganych przeglądów serwisowych wliczone w cenę oferty.  4. Czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia do momentu rozpoczęcia naprawy max 72 h. Czas naprawy na terenie Polski – 7 dni roboczych. W przypadku wydłużenia czasu naprawy powyżej 7 dni roboczych aparat zastępczy o parametrach równoważnych z naprawianym.  5. Dostępność do części zamiennych – min 10 lat od daty zakończenia produkcji wyrobu.  6. Deklaracja zgodności i oznakowanie CE wyrobu zgodnie z wymaganiami ustawy o wyrobach medycznych z 20.05.2010r.  7. Dostawa urządzenia i szkolenie personelu u zamawiającego.  8. Instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona wraz z urządzeniem.  9. Oferta powinna zawierać katalogi firmowe z potwierdzeniem spełnienia wymaganych parametrów technicznych.  10. Dostarczany sprzęt oznakowany zgodnie z decyzją nr 3/MON Ministra Obrony Narodowej z dnia 03.01.2014 r. w sprawie wytycznych określających wymagania w zakresie znakowania kodem kreskowym wyrobów dostarczanych do resortu obrony narodowej – Dz. Urz. MON z 07.01.2014,  poz. 11. | 5 |  |  |

1. W załączniku składamy dokumenty ………………..………………………………
2. Dane kontaktowe:
3. Osoba upoważniona do kontaktu:…………………………………
4. Tel.:……………………………
5. Adres poczty elektronicznej:……………………………………….

….……….…………………………….

(podpis i pieczątka osoby/osób uprawnionych

do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)