Załącznik nr 2

…………………………. …….…………………….

(pieczęć firmowa ) (miejscowość, data)

**OFERTA CENOWA**

**Zadanie nr 3 – SSAK PRZENOŚNY**

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 | **Opis i przeznaczenie : Przenośny ssak medyczny ze zintegrowanym uchwytem do przenoszenia.**  Ssak medyczny jest sprzętem medycznym, który ma szerokie zastosowanie. Najważniejszą funkcją ssaka jest oczyszczanie i usuwanie z dróg oddechowych (poprzez aspirację-zasysanie) różnego typu wydzielin takich jak : krew, śluz, ropa, wymiociny.   1. Elektronicznie kontrolowana i płynnie regulowana siła ssania w zakresie od minus 0,1 do minus 0,8 bar. 2. Wydajność ssania 23 l/min ±3 /min z obciążeniem (przy ciśnieniu minus 0,8 bar na wejściu). 3. Wbudowany manometr podciśnienia. 4. Zbiornik na wydzielinę wielokrotnego użytku o pojemności 1000 ml przystosowany do dezynfekcji w płynie, umieszczony w osłonie ochronnej przed uszkodzeniem. 5. Zasilanie z sieci 230 V 50 Hz i 12 V DC. 6. Wbudowany akumulator umożliwiający czas ciągłej pracy minimum 40 minut. Żywotność akumulatora minimum 400 cykli ładowania. Informacja o stanie naładowania baterii. 7. Temperatura pracy, co najmniej od -5 st.C do +40 st.C. 8. Temperatura przechowywania, co najmniej od -20 st.C. do co najmniej +55 st.C 9. Stopień ochrony, co najmniej IP34. 10. Waga do 6 kg. 11. W komplecie: 12. ssak z wbudowanym akumulatorem/baterią, 13. przewody do zasilania z sieci 230 V 50 Hz oraz 12 V DC, 14. ładowarka do akumulatora 230 V 50 Hz, 15. opakowanie ochronne na komplet umieszczone w skrzyni transportowej, 16. instrukcja użytkowania i eksploatacji w języku polskim dostarczona wraz z wyrobem w wersji papierowej i elektronicznej.   **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. | 2 |  |  |

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)