**Załącznik nr 5 do SWZ**

**Znak sprawy: DZP.271.21.2024**

#### FORMULARZ OFEROWANEGO SPRZĘTU

#### Analizator składu ciała – 1 szt.

Wspólny Słownik Zamówień (CPV): **38311100-9**

**Wykonawca:**

…………………………………………

…………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności  
 od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………

*(imię,nazwisko,stanowisko/podstawa  
do reprezentacji)*

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa **analizatora składu ciała -** 1 szt. zwanej dalej „Urządzeniem" dla potrzeb Beskidzkiego Centrum Onkologii – Szpitala Miejskiego im. Jana Pawła II w Bielsku – Białej, Gabinet Dietetyka Szpitalnego w Szpitalu przy ul. Wyzwolenia 18.
2. Wymogi medyczne i warunki techniczne przedmiotu zamówienia Zamawiający podał poniżej   
   w niniejszym załączniku do SWZ.
3. Przedmiot zamówienia obejmuje w szczególności:
4. Dostawę, szkolenie i montaż urządzeń w miejscu dostawy.
5. Udzielenie gwarancji, jakości dla nowych Urządzeń na okres nie krótszy niż 3 lata (36 miesięcy) oraz rękojmi za wady na okres równy okresowi udzielonej gwarancji.
6. Zapewnienie w cenie oferty serwisu i obowiązkowych przeglądów przez cały okres gwarancji i rękojmi dla **analizatora składu ciała**, wykonywanych zgodnie z zaleceniami producenta i wymogami przepisów prawnych , ale nie rzadziej niż raz do roku, potwierdzonymi wpisem do paszportu technicznego urządzenia.
7. Dostarczenie instrukcji obsługi (w języku polskim) oraz przeprowadzenie szkolenia (w języku polskim) minimum 2 pracowników użytkownika w zakresie obsługi i eksploatacji dostarczonych urządzeń w miejscu dostawy.
8. Dostawa przedmiotu zamówienia będzie się odbywać na koszt i ryzyko Wykonawcy.
9. Sprzęt należy dostarczyć, zmontować i uruchomić w terminie wymaganym: **do 2 tygodni od podpisania Umowy.**
10. Wykonawca zobowiązany jest do bezwzględnego uzgodnienia z Zamawiającym terminu dostawy Urządzeń.
11. Oferowany Sprzęt musi być oznakowany znakiem CE i posiadać ważną deklarację zgodności CE.
12. Sprzęt wymagany fabrycznie nowy. Rok produkcji nie wcześniej niż 2023. Nie dopuszcza się egzemplarzy powystawowych, rekondycjonowanych , po demonstracyjnych, itp.
13. Nazwa producenta:

……………………………………………………………………………………………………….

1. Nazwa i typ Sprzętu: ………………………………………………………………………….
2. Kraj pochodzenia: ………………………………………………………………………………..
3. Rok produkcji: ……………………………

**UWAGA!**

Wykonawca zobowiązany jest wypełnić wszystkie wiersze w kolumnie „Parametr oferowany”, przy czym:

1. W przypadku, gdy Zamawiający wymaga podania parametru w formie wartości liczbowej, Wykonawca winien podać wartość cyfrowo;
2. W przypadku, gdy Zamawiający wymaga podania parametru w formie wartości słownej, Wykonawca winien podać wartość słownie, wpisując odpowiednie sformułowanie lub opis;
3. W przypadku, gdy Zamawiający wymaga określenia czy urządzenie posiada  
   lub nie posada danego parametru, Wykonawca winien wpisać odpowiednio  
   TAK lub NIE;

Oferta Wykonawcy, który nie wpisze żadnej wartości odpowiednio liczbowej/słownej/sformułowania TAK lub NIE, w obrębie poszczególnych parametrów, wpisze wartość parametru powyżej maksimum lub poniżej minimum (w zależności od parametru) określonego przez Zamawiającego lub wpisze, że urządzenie nie posiada parametru, w przypadku, gdy będzie on obligatoryjny, zostanie odrzucona na podstawie art. 89 ust. 1 pkt. 2 *ustawy Pzp* jako oferta, której treść nie odpowiada treści Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **OPIS PARAMETRU / WARUNKU** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany/ podać** | **Parametr**  **oceniany** |
| 1. **Parametry podstawowe** | | | | |
| 1 | Dwuczęstotliwościowy, mobilny analizator składu ciała i waga do użytku profesjonalnego z wbudowaną drukarką termiczną. | TAK |  | Bez oceny |
| 2 | Maksymalne obciążenie platformy – 270 kg | TAK |  | Bez oceny |
| 3 | Wiek badanej osoby: 5-99 lat | TAK |  | Bez oceny |
| 4 | Metoda pomiaru: Tetrapolarna (4 elektrody) | TAK |  | Bez oceny |
| 5 | Rozmiar platformy (maksymalnie):  360mm x 360mm x 94mm | TAK |  | Bez oceny |
| 6 | Waga urządzenia (maksymalna): 7 kg | TAK |  | Bez oceny |
| 7 | Wyświetlacz LCD - podświetlany, kolorowy. | TAK |  | Bez oceny |
| 8 | Technologia bioimpedancji: Dwuczęstotliwościowy, 6.25kHz/50kHz | TAK |  | Bez oceny |
| 9 | Interfejs USB | TAK |  | Bez oceny |
| 10 | Zasilanie 240V | TAK |  | Bez oceny |
| 11 | Wbudowana drukarka termiczna | TAK |  | Bez oceny |
| 12 | Możliwość legalizacji | TAK |  | Bez oceny |
| 13 | Dokładność pomiaru masy ciała 100 g | TAK |  | Bez oceny |
| 14 | Dokładność pomiaru zawartości tkanki tłuszczowej 0,1 % | TAK |  | Bez oceny |
| 15 | Dokładność pomiaru zawartości tkanki mięśniowej 100 g | TAK |  | Bez oceny |
| 16 | Dokładność pomiaru zawartości wody w organizmie 0,1 % | TAK |  | Bez oceny |
| 1. **Parametry dla całego ciała przedstawione na wydruku termicznym** | | | | |
| 1 | Masa ciała w kg | TAK |  | Bez oceny |
| 2 | Indeks Masy Ciała (BMI) | TAK |  | Bez oceny |
| 3 | Masa Tkanki Tłuszczowej (kg) | TAK |  | Bez oceny |
| 4 | Tkanka Tłuszczowa % (BF%) | TAK |  | Bez oceny |
| 5 | Wskaźnik Tkanki Tłuszczowej Wisceralnej | TAK |  | Bez oceny |
| 6 | Całkowita Masa Mięśni (kg) | TAK |  | Bez oceny |
| 7 | Całkowita Zawartość Wody w Organizmie w % (TBW%) | TAK |  | Bez oceny |
| 8 | Całkowita Zawartość Wody (TBW) w kg | TAK |  | Bez oceny |
| 9 | Masa Tkanki Beztłuszczowej (kg) | TAK |  | Bez oceny |
| 10 | Wiek Metaboliczny | TAK |  | Bez oceny |
| 11 | PPM - Podstawowa Przemiana Materii (BMR) | TAK |  | Bez oceny |
| 12 | Ustawianie Celów | TAK |  | Bez oceny |
| 13 | Wartości docelowe | TAK |  | Bez oceny |
| 14 | Dzienne Zapotrzebowanie Kalorii | TAK |  | Bez oceny |
| 15 | Typ budowy ciała | TAK |  | Bez oceny |
| 16 | Masa mięśni szkieletowych (kg i %) | TAK |  | Bez oceny |
| 17 | Kąt fazowy | TAK |  | Bez oceny |
| 18 | Poziom otyłości | TAK |  | Bez oceny |
| 1. **SZKOLENIA** | | | | |
| 1 | Nieodpłatne przeszkolenie personelu w zakresie poprawnej  i bezpiecznej eksploatacji Sprzętu (minimum 2 pracowników). | TAK |  | bez oceny |
| 1. **GWARANCJA I SERWIS** | | | | |
| 1 | Oświadczenie (wraz z kopią deklaracji zgodności CE) potwierdzające, że oferowany wyrób oznakowany jest znakiem CE i posiada ważne deklaracje zgodności CE | TAK |  | bez oceny |
| 2 | Spełnia normy NAVI i CLASS III dla wag używanych do pomiarów medycznych. Spełnia wymagania dyrektywy (Medical Device Directive) MDD 93/42/EEC. Posiada ISO 9001. | TAK |  | bez oceny |
| 3 | Instrukcja obsługi w języku polskim – 1 egz. w wersji papierowej, 1 egz. w wersji elektronicznej – **załączyć przy** **dostawie urządzenia.** | TAK |  | bez oceny |
| 4 | Udzielenie gwarancji jakości dla przedmiotu zamówienia na okres nie krótszy niż **36 miesięcy** i oraz rękojmi za wady na okres równy okresowi udzielonej gwarancji dla urządzenia. **(podać)** | TAK, podać |  | bez oceny |
| 5 | Wykonanie nieodpłatne obowiązkowych przeglądów w okresie gwarancji, zgodnie z wymaganiami i w ilościach zalecanych przez producenta sprzętu oraz przepisami prawa w cenie oferty. | TAK |  | bez oceny |
| 6 | Autoryzowany serwis gwarancyjny w okresie udzielonej Zamawiającemu gwarancji i rękojmi za wady na okres równy okresowi udzielonej gwarancji. | TAK |  | bez oceny |
| 7 | Siedziba autoryzowanego serwisu - dokładny adres i nr telefonu, adres e-mail. | TAK |  | bez oceny |
| 8 | **Maksymalny czas usunięcia awarii w ramach gwarancji nie może przekroczyć 14 dni roboczych.** | TAK |  | bez oceny |
| 9 | Czas reakcji serwisu do **48 godzin** w dni robocze od momentu zgłoszenia wady (awarii) rozumiany jako podjęcie działań naprawczych. | TAK |  | bez oceny |
| 10 | Gwarancja dostępności części zamiennych, materiałów eksploatacyjnych – minimum 10 lat od daty dostarczenia Sprzętu. | TAK |  | bez oceny |
| 11 | W okresie gwarancji 3 naprawy gwarancyjne tego samego typu (techniczne lub wynikające z wad ukrytych) powodują wymianę elementów na nowe. | TAK |  | bez oceny |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

Na wezwanie Zamawiającego dokumentacja (oficjalne dokumenty firmowe, dane techniczne,) potwierdzająca wartości podane dla warunku/parametru wymaganego w załączniku nr ………… do swz - w przypadku kiedy oferowany przedmiot zamówienia będzie budził wątpliwości co do wymagań stawianych przez Zamawiającego w swz

Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie „Parametr oferowany” będzie traktowane, jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.

Oświadczam, że oferowane urządzenie (Sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte   
w SWZ, jest fabryczne nowe, kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

……………….

miejscowość i data

**Formularz podpisany przy pomocy podpisu elektronicznego**

dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym,

podpisem zaufanym lub osobistym;

Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF