Ogłoszenie o zamówieniu nr 07/SORFM/2024

FORMULARZ OFERTOWY

Dane Wykonawcy:

Nazwa: ...................................................................................................

Siedziba: .................................................................................................

Numer NIP: .............................................................................................

Numer REGON: .......................................................................................

Adres poczty elektronicznej: ....................................................................

Numer telefonu: .....................................................................................

1. Odpowiadając na zapytanie ofertowe dotyczące dostawy sprzętu medycznego do obszaru resuscytacyjno - zabiegowego oraz obszaru segregacji medycznej Szpitala Specjalistycznego Artmedik Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w Jędrzejowie oferuję:

Łączną kwotę za wykonanie przedmiotu zamówienia określonego jako Pakiet 1
w zapytaniu ofertowym:

……………………………….….. brutto

Słownie:

……………………………………………………………………………………………………………. brutto

**1. Przenośny Kapnograf - czujnik EtCO2- 2 sztuki.**

|  |
| --- |
| **Przenośny Kapnograf** |
| **Oferowane Urządzenie** |
| Producent, adres |  |
| Nazwa urządzenia, model |  |
| Kraj produkcji |  |
| Rok produkcji |  |
| Inne, podać jakie |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr**  | **Parametr wymagany** | **TAK – spełniam****NIE – nie spełniam** | **Parametr oferowany** | **Potwierdzenie spełniania danego parametru w załączonej dokumentacji technicznej.** |
| 1. | 5 calowy wyświetlacz TFT, kolorowy, dotykowy, wysoka rozdzielczość, nachylony pod kątem 15°, tryb nocny | TAK |  |  |  |
| 2. | Przechowywanie danych: Rejestracja trendów, alarmy dźwiękowe i świetlne, regulowana jasność ekranu | TAK |  |  |  |
| 3. | Transmisja danych: Bluetooth, zdalne monitorowanie, możliwość drukowania raportów | TAK |  |  |  |
| 4. | Zasilanie: Adapter: AC100 ~ 240V (±10%) 50/60Hz ±3Hz, 60VA | TAK |  |  |  |
| 5. | Wymiary | 80 x 45 x 180 mm (+/- 5%) |  |  |  |
| 6. | Waga | <2kg (bez akcesoriów) |  |  |  |
| 7. | Bateria: Wbudowana bateria litowa, 6000mA, do 5 godzin pracy | TAK |  |  |  |
| 8. | Zasięg pomiarowy SPO2: 0 ~ 100%, Dokładność: ±2% (70%~100%), Rozdzielczość: 1% | TAK |  |  |  |
| 9. | Zasięg pomiarowy PR: 25 ~ 250 bpm, Dokładność: ±3 bpm, Rozdzielczość: 1 bpm | TAK |  |  |  |
| 10. | "Zasięg pomiarowy ETCO20 ~ 20 vol%, Dokładność: 0 ~ 12 vol%: ±(0.2vol%+2% odczytu), 12 ~ 20 vol%: ±(0.2vol%+6% odczytu), Rozdzielczość: 1 mmHg" | TAK |  |  |  |
| 11. | Zasięg pomiarowy TEMP~ 50ºC, Dokładność: ±1ºC, Rozdzielczość: 0.1ºC | TAK |  |  |  |
| 12. | Dodatkowe akcesoria w zestawie -Adaptery do dróg oddechowych dla dorosłych 14szt i dzieci 2szt., bateria 2szt. rurka próbkująca TiniLine 30szt.  | TAK |  |  |  |
| 13. | Regulacja jasności ekranu, rekord informacji pacjenta, funkcje weryfikacji sprzętu | TAK |  |  |  |
| 14. | Możliwość integracji z systemem HIS szpitala w zakresie transmisji danych według wskazanego protokołu komunikacyjnego | TAK |  |  |  |
| 15. | Gwarancja min. 24 miesiące  | TAK |  |  |  |

**2. Wózek anestezjologiczny - 2 sztuki.**

|  |
| --- |
| **Wózek anestezjologiczny** |
| **Oferowane Urządzenie** |
| Producent, adres |  |
| Nazwa urządzenia, model |  |
| Kraj produkcji |  |
| Rok produkcji |  |
| Inne, podać jakie |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr**  | **Parametr wymagany** | **TAK – spełniam****NIE – nie spełniam** | **Parametr oferowany** | **Potwierdzenie spełniania danego parametru w załączonej dokumentacji technicznej.** |
| 1. | Konstrukcja wózka z anodowanego wytłaczanego aluminium. | TAK |  |  |  |
| 2. | Blat wykonany z tworzywa ABS o wysokiej trwałości z podniesionymi z trzech stron brzegami i niskim frontowym brzegiem | 50mm |  |  |  |
| 3. | Ergonomiczne uchwyty do prowadzenia z 3 stron wózka | TAK |  |  |  |
| 4. | Wysokość blatu roboczego od podłogi | 1000mm |  |  |  |
| 5. | Powierzchnia robocza blatu | 650x450mm |  |  |  |
| 6. | Układ jezdny wyposażony w cztery obrotowe koła w tym 2 z hamulcami o średnicy min. 125mm | TAK |  |  |  |
| 7. | Podstawa wózka na wzmocnionej ramie metalowej ładowność wózka do 400kg | TAK |  |  |  |
| 8. | Podstawa wózka zabezpieczona odbojem na całym obwodzie wykonanym z tworzywa ABS | TAK |  |  |  |
| 9. | Wózek wyposażony w 4 szuflady | TAK |  |  |  |
| 10. | Wysokość 3 górnych szuflad | 160mm |  |  |  |
| 11. | Wysokość dolnej szuflady | 240mm |  |  |  |
| 12. | 3 górne szuflady wyposażone w przegrody w każdej szufladzie przynajmniej 8 przegród | TAK |  |  |  |
| 13. | Szuflady wysuwane na teleskopowych prowadnicach kulkowych o profilu kwadratowym z łożyskami kulkowymi | TAK |  |  |  |
| 14. | Szuflady z całkowitym wysuwem samo domykające się wyjmowane bez użycia narzędzi | TAK |  |  |  |
| 15. | Szuflady z ergonomicznymi uchwytami na całej długości szuflady z miejscem na opis zawartości | TAK |  |  |  |
| 16. | Możliwość oznaczenia kolorem uchwytów szuflad (9 kolorów oznaczeń do wyboru przez Zamawiającego) | TAK |  |  |  |
| 17. | Dopuszczalne obciążenie pojedynczej szuflady | 45kg |  |  |  |
| 18. | Centralny system zamykania wszystkich szuflad na klucz | TAK |  |  |  |
| 19. | Wysięgnik nadstawki wyposażony w zestaw dwóch rzędów uchylnych składający się z 9 pojemników (5+4) Niska nadbudowa z 2 szynami + pochylnie z pojemnikami (5+4) | TAK |  |  |  |
| 20. | Półka pomocnicza z ABS wysuwana z pod blatu roboczego | TAK |  |  |  |
| 21. | Wózek wyposażony w dodatkowe akcesoria:Pojemnik na igły, uchwyt miski typu nerka, przykrywany koszyk na narzędzia, kosz na odpady z otwieraniem kolanowym, wysuwany boczny blat, lampka LED | TAK |  |  |  |
| 22. | Po lewej stronie wózka – 2 szyny regulowane wyjmowane przeznaczone na montaż wyposażenia. Boczna szyna akcesoryjna UNI 10x25 mm | TAK |  |  |  |
| 23. | Możliwość instalacji szyny z organizerem na zdjęcia rentgenowskie wewnątrz wózka | TAK |  |  |  |
| 24. | Możliwość oznaczenia każdej z szuflad jedną z 10 kompatybilnych etykiet w kształcie prostokąta z wyciętym półkolem po jednej ze stron | TAK |  |  |  |
| 25. | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |  |  |

**3. Stół operacyjny / zabiegowy elektrycznie regulowany – 1 sztuka.**

|  |
| --- |
| **Stół operacyjny / zabiegowy elektrycznie regulowany** |
| **Oferowane Urządzenie** |
| Producent, adres |  |
| Nazwa urządzenia, model |  |
| Kraj produkcji |  |
| Rok produkcji |  |
| Inne, podać jakie |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów** | **Parametr wymagany** | **TAK – spełniam****NIE – nie spełniam** | **Parametr oferowany** | **Potwierdzenie spełniania danego parametru w załączonej dokumentacji technicznej.** |
|  | Stół operacyjny ze stali nierdzewnej. Podstawa stołu wykonana ze stali nierdzewnej. Nie dopuszcza się osłon tworzywowych podstawy. | TAK |  |  |  |
|  | Stół operacyjny z blatem 5 segmentowym: podgłówek, płyta plecowa z wypiętrzeniem nerkowym, płyta siedzeniowa, podnóżek dwuczęściowy rozchylany | TAK |  |  |  |
|  | Podgłówek płytowy na całej szerokości blatu stołu | TAK |  |  |  |
|  | Stół wyposażony w jednoczęściowy materac obejmujący segment pleców oraz segment siedziska. Nie dopuszcza się raca dzielonego obejmującego w/w segmenty. | TAK |  |  |  |
|  | Stół mobilny, na dużych kołach | 125mm |  |  |  |
|  | Stół częściowo przezierny dla promieni RTG | TAK |  |  |  |
|  | Podstawa stołu umożliwiająca wsunięcie nóg operatora | TAK |  |  |  |
|  | Napęd stołu elektromechaniczny | TAK |  |  |  |
|  | Stół wyposażony w zasilanie akumulatorowe oraz sieciowe | TAK |  |  |  |
|  | Bezpieczne dopuszczalne obciążenie robocze | 250kg |  |  |  |
|  | Całkowita długość stołu | 2060mm |  |  |  |
|  | Całkowita szerokość stołu | 550 mm |  |  |  |
|  | Regulacja wysokości blatu | 710-1010m m |  |  |  |
|  | Przechyły boczne stołu | 15° |  |  |  |
|  | Przechyły wzdłużne stołu (TB/ATB) | 25° |  |  |  |
|  | Regulacja segmentu pleców | od -20° do +80° |  |  |  |
|  | Segment nożny dzielony z możliwością odwodzenia na boki | TAK |  |  |  |
|  | Regulacja segmentu nóg | od -90° do +15° |  |  |  |
|  | Regulacja segmentu głowy | od -90° do +45° |  |  |  |
|  | Przesuw wzdłużny realizowany elektromechanicznie z pilota | 350mm |  |  |  |
|  | Obsługa stołu za pomocą pilota przewodowego, regulacje elektromechanicznie: wysokości  przechyłów bocznych  przechyłów wzdłużnych  przesuwu wzdłużnego  regulacji płyty plecowej | TAK |  |  |  |
|  | Pilot wyposażony w ekran LCD wyświetlający aktualne ułożenie segmentów stołu oraz wskaźnik blokady pilota | TAK |  |  |  |
|  | Blokada pilota za pomocą jednego przycisku | TAK |  |  |  |
|  | Na kolumnie stołu dodatkowy panel sterowania, realizujący wszystkie funkcje elektrycznymi stołu | TAK |  |  |  |
|  | Segment nóg, wypiętrzenie nerkowe oraz podgłówek regulowane manualnie | TAK |  |  |  |
|  | Podgłówek na całej szerokości blatu, z podwójną regulacją nachylenia | TAK |  |  |  |
|  | Stół operacyjny wyposażony w:- materac o właściwościach przeciwodleżynowych z pamięcią kształtu  -podpórkę rąk 2 szt.  -pozycjoner do pozycji bocznej 2 szt.  - podkolanniki 2 szt.  - podpórkę ramion 2szt.  - podpórkę stóp 2szt.  - ramka ekranu 1 szt. | TAK |  |  |  |
|  | Stół wyposażony w funkcję programowania minimum dwóch pozycji stołu. Stół umożliwia przywołanie zapamiętanego ułożenia segmentów jednym przyciskiem | TAK |  |  |  |
|  | Przycisk umożliwiający reset wszystkich funkcji przywołując stół do układu zerowego | TAK |  |  |  |
|  | Ławeczka nerkowa | TAK |  |  |  |
|  | 2 rodzaje pasów | TAK |  |  |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiace  | TAK |  |  |  |

**4. Wózek Transportowy Kąpielowy – 2 sztuki.**

|  |
| --- |
| **Wózek Transportowy Kąpielowy** |
| **Oferowane Urządzenie** |
| Producent, adres |  |
| Nazwa urządzenia, model |  |
| Kraj produkcji |  |
| Rok produkcji |  |
| Inne, podać jakie |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr**  | **Parametr wymagany** | **TAK – spełniam****NIE – nie spełniam** | **Parametr oferowany** | **Potwierdzenie spełniania danego parametru w załączonej dokumentacji technicznej.** |
| 1. | Wózek kąpielowy z dwusegmentowym leżem | TAK |  |  |  |
| 2. | Wodoodporna poduszka zapewniająca położenie głowy powyżej poziomu nóg (ATB) | TAK |  |  |  |
| 3. | Pozycja ATB | 3º/5º |  |  |  |
| 4. | Ręczna regulacja segmentu głowy | 25º |  |  |  |
| 5. | Całkowite wymiary zewnętrzne wózka | 2070 x 810 mm (+/- 5%) |  |  |  |
| 6. | Hydrauliczna regulacja wysokości przy pomocy pedału | 540-970 mm |  |  |  |
| 7. | Boczne barierki z możliwością ręcznego opuszczania i blokowania | TAK |  |  |  |
| 8. | Wysokość bocznych barierek składanych metalowych | 205 mm |  |  |  |
| 9. | Pozycja anty-Trendelenburga regulowana ręcznie za pomocą dźwigni przechyłu | TAK |  |  |  |
| 10. | Ogumowane koła | TAK |  |  |  |
| 11. | Średnica kół | 125 mm |  |  |  |
| 12. | Dwa koła wyposażone w indywidualne blokady | TAK |  |  |  |
| 13. | Dźwignia zapewniająca 3 stopnie blokady ruchu wózka (brak blokady/ blokada kierunku ruchu/całkowita blokada kół) | TAK |  |  |  |
| 14. | Plastikowe krążki odbojowe | TAK |  |  |  |
| 15. | Uchwyty od strony głowy i stóp ułatwiające transport | TAK |  |  |  |
| 16. | Zdejmowalny materac z uszczelnioną powłoką | TAK |  |  |  |
| 17. | Wysokość bocznych ścianek wanny | 270 mm |  |  |  |
| 18. | System odpływowy: dwa otwory odpływowe umieszczone w przeciwległych częściach łóżka, korek zamocowany do ramy łóżka nylonową linką, syfon i wężyk odpływowy (z możliwością mocowania do wybranego otworu w zależności od sytuacji). | TAK |  |  |  |
| 19. | Długość wężyka odpływowego | 1500 mm |  |  |  |
| 20. | Konstrukcja ze stali nierdzewnej lakierowanej proszkowo z dodatkową powłoką antykorozyjną | TAK |  |  |  |
| 21. | Masa wózka | Maks. 105 kg |  |  |  |
| 22. | Dopuszczalne obciążenie | 170 kg |  |  |  |
| 23. | Zgodność z wymaganiami Dyrektywy 93/42/EED | TAK |  |  |  |
| 24. | Mechanizm blokujący wymagający równoczesnego zepchnięcia dwóch bolców w kierunku środka górnej części wózka prysznicowego, wymagający użycia obu rąk, zapobiegając przypadkowemu opuszczeniu poręczy. | TAK |  |  |  |
| 25. | Podniesienie poręczy nie wymaga równoczesnego użycia obu rąk – pociągniecie poręczy do góry jedną ręką do momentu, aż blokada ustawi poręcz w pionie. | TAK |  |  |  |
| 26. | Podstawa z tworzywa ABS w kształcie litery T | TAK |  |  |  |
| 27. | Możliwość wyboru koloru materaca - jedna z 21 barw wg palety RAL | TAK |  |  |  |
| 28. | Gwarancja min. 24 miesiące  | TAK |  |  |  |

**5. Zamgławiacz / Fumigator medyczny do dezynfekcji (dekontaminacja) – 2 sztuki.**

|  |
| --- |
| **Zamgławiacz / Fumigator medyczny do dezynfekcji (dekontaminacja)** |
| **Oferowane Urządzenie** |
| Producent, adres |  |
| Nazwa urządzenia, model |  |
| Kraj produkcji |  |
| Rok produkcji |  |
| Inne, podać jakie |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr**  | **Parametr wymagany** | **TAK – spełniam****NIE – nie spełniam** | **Parametr oferowany** | **Potwierdzenie spełniania danego parametru w załączonej dokumentacji technicznej.** |
| 1. | Sterylizacja na poziomie Log6 | TAK |  |  |  |
| 2. | Zasięg działania | 20-500m³ |  |  |  |
| 3. | Zasilanie | Maks. 1200w |  |  |  |
| 4. | Zużycie środka dezynfekującego | 16ml/min |  |  |  |
| 5. | Prędkość natryskiwania | 80m/s |  |  |  |
| 6. | Moment obrotowy | 22000rps |  |  |  |
| 7. | Średnica cząsteczki atomizującej | submikron |  |  |  |
| 8. | Pojemność zbiornika na środek dezynfekujący | 1L/3L |  |  |  |
| 9. | Wymiary urządzenia | 484 x 270 x 314mm (+/- 5%) |  |  |  |
| 10. | Wymiary futerału | 660 x 490 x 335mm (+/- 5%) |  |  |  |
| 11. | Waga netto urządzenia | Maks.7,5 kg |  |  |  |
| 12. | Waga z futerałem | Maks. 10 kg |  |  |  |
| 13. | Możliwość użycia dowolnego środka dezynfekującego o określonym stężeniu nie dopuszcza się urządzeń pracujących w zamkniętym systemie opartym o jeden rodzaj środka. Urządzenie wyposażone w pojemnik wielokrotnego użytku możliwy do samodzielnego uzupełniania | TAK |  |  |  |
| 14. | Automatyczny start, stop i obliczanie czasu pracy | TAK |  |  |  |
| 15. | Pamięć parametrów strefy dezynfekcji, opóźnienie czasu startu | TAK |  |  |  |
| 16. | Bezobsługowe działanie, automatycznie ustala czas zamgławiania | TAK |  |  |  |
| 17. | Sterowanie poprzez kolorowy dotykowy ekran LCD | TAK |  |  |  |
| 18. | Uchwyt umożliwiający łatwe przenoszenie | TAK |  |  |  |
| 19. | Możliwość dokupienia wytrzymałego futerału (IP67) zabezpieczającego urządzenie podczas transportu | TAK |  |  |  |
| 20. | Płyn 5L -4szt w zapasie  | TAK |  |  |  |
| 21. | Gwarancja min. 24 miesiące  | TAK |  |  |  |

**6. Macerator – 1 sztuka.**

|  |
| --- |
| **Macerator** |
| **Oferowane Urządzenie** |
| Producent, adres |  |
| Nazwa urządzenia, model |  |
| Kraj produkcji |  |
| Rok produkcji |  |
| Inne, podać jakie |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr**  | **Parametr wymagany** | **TAK – spełniam****NIE – nie spełniam** | **Parametr oferowany** | **Potwierdzenie spełniania danego parametru w załączonej dokumentacji technicznej.** |
| 1. | Urządzenie przeznaczone do utylizacji pieluch biodegradowalnych oraz innych produktów takich jak: wkłady higieniczne, pieluchomajtki, podpaski - bez elementów i/lub powłoki plastikowej. | TAK  |  |  |  |
| 2. | Ładowność  | do 2 pieluch na jeden cykl (1 duża lub 2 średnie pieluchy). |  |  |  |
| 3. | Bezdotykowe otwieranie pokrywy za pomocą fotokomórki nożnej, poprzez wsunięcie stopy. Nie dopuszcza się otwierania ręcznego oraz przycisków nożnych. | TAK |  |  |  |
| 4. | Bezdotykowe zamykanie pokrywy poprzez czujnik zbliżeniowy umieszczony w górnej części urządzenia. Nie dopuszcza się zamykania ręcznego oraz łokciowego. | TAK |  |  |  |
| 5. | Uruchamianie bezdotykowe za pomocą czujnika podczerwieni - zapewniając wygodę i bezpieczeństwo użytkowania w tym eliminację ryzyka zakażeń krzyżowych. | TAK |  |  |  |
| 6. | Automatyczny, antybakteryjny proces czyszczenia i deodoryzacji. | TAK |  |  |  |
| 7. | Wbudowana pompa perystaltyczna. | TAK |  |  |  |
| 8. | System automatycznej dezynfekcji po każdym cyklu. | TAK |  |  |  |
| 9. | Automatyczne aplikowanie detergentu. | TAK |  |  |  |
| 10. | Silnik o mocy minimum 2,2 kW pozwalający na szybkie i bezproblemową macerację wkładu na bardzo drobną miazgę pozwalające na dokładne odprowadzenie nieczystości. | TAK |  |  |  |
| 11. | Moc pompy wody |  min.0,345 kW |  |  |  |
| 12. | Moc całkowita urządzenia  | maks. 2,6 kW |  |  |  |
| 13. | Waga netto urządzenia  | maks. 104 kg |  |  |  |
| 14. | Zasilanie trójfazowe 400V/ 50Hz 3-fazowe, bezpiecznik 16A. | TAK |  |  |  |
| 15. | Zużycie energii na cykl | maks. 0,033 kWh |  |  |  |
| 16. | Czas trwania cyklu | maks. 120 s |  |  |  |
| 17. | Odpływ 50 Φ do 2 metrów potem 100 Φ. | Φ50 (do 2 m), Φ100 (powyżej 2 m) |  |  |  |
| 18. | Poziom hałasu  |  maks 60 dBa |  |  |  |
| 19. | Wymiary urządzenia przy zamkniętej pokrywie  | 500 szer x 1042 wys x 600 gł mm (+/- 5%) |  |  |  |
| 20. | Wymiary urządzenia przy otwartej pokrywie  | 500 szer x 1500 wys x 600 gł mm (+/- 5%) |  |  |  |
| 21. | Podłączenie wody  | 3/4" |  |  |  |
| 22. | Pojemność zbiornika na wodę | min. 24 litrów |  |  |  |
| 23. | Minimalny przepływ wody  | 10 l/min, 1 bar |  |  |  |
| 24. | Zakres ciśnienie wody zimnej  | 1-6 bar |  |  |  |
| 25. | Pokrywa wykonana z tworzywa z zatopionymi nanocząsteczkami srebra, zapewnia antybakteryjną ochronę i zapobiega osadzaniu się bakterii. | TAK |  |  |  |
| 26. | Powierzchnia górnej pokrywy wykonana z tworzywa sztucznego odporna na uderzenia i porysowania. | TAK |  |  |  |
| 27. | Obudowa wykonana ze stali nierdzewnej klasy 304 wg AISI. | TAK |  |  |  |
| 28. | Bęben wraz z blokami tnącymi w całości wykonany w całości ze stali nierdzewnej. | TAK |  |  |  |
| 29 | Blokada bezpieczeństwa - pokrywa jest jest blokowana automatycznie podczas cyklu ciecia i nie zostanie zwolniona dopóki nie zakończy się cykl. | TAK |  |  |  |
| 30. | Pokrywa zamykana automatycznie po 60 s po użyciu przełącznika nożnego, dodatkowo sygnał dźwiękowy informuje o rozpoczęciu zamykania pokrywy. | TAK |  |  |  |
| 31. | Głowica natryskowa umiejscowiona na spodzie automatycznej pokrywy. | TAK |  |  |  |
| 32. | Funkcja „auto-start” - automatyczne uruchamianie urządzenia po zamknięciu komory. | TAK |  |  |  |
| 33. | Urządzenie wyposażone w stan uśpienia-czuwania. | TAK |  |  |  |
| 34. | Czujniki informujące o błędach: Czujnik zamykania/otwierania pokrywy, czujnik braku wody, czujnik zablokowania odpływu, czujnik zatrzymania silnika. | TAK |  |  |  |
| 35. | Zabezpieczenie w postaci automatycznej informacji o usterkach mechanicznych. | TAK |  |  |  |
| 36. | Łatwa do demontażu ściana przednia. | TAK |  |  |  |
| 37. | Sygnalizacja potrzeby wykonania przeglądu wyświetlana na panelu sterowania. | TAK |  |  |  |
| 38. | Poziom odpływu na wysokości 0-20 cm od podłogi lub w podłodze. | TAK |  |  |  |
| 39. | Urządzenie wolnostojące niewymagające przykręcania lub przyklejania do podłoża. Możliwość swobodnego przestawienia urządzenia. | TAK |  |  |  |
| 40. | Możliwość umieszczenia przyłącza przelewowego z prawej lub lewej strony w zależności o potrzeb użytkownika. | TAK |  |  |  |
| 41. | Odporny na uszkodzenia zbiornik na wodę z tworzywa sztucznego umieszczony na tylnej ścianie urządzenia. | TAK |  |  |  |
| 42. | Gwarancja min. 24 miesiące  | TAK |  |  |  |

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego oraz jego załącznikami, udostępnioną przez Zamawiającego.
2. Oświadczam, że nie wnoszę do nich uwag oraz, że akceptuję istotne postanowienia zapytania ofertowego oraz treść umowy.
3. Zobowiązuję się do wykonania przedmiotu zamówienia w zakresie wskazanym w Zapytaniu ofertowym.
4. Oświadczam, że oferowany sprzęt jest fabrycznie nowy, rok produkcji 2023, lub nowszy, posiada Deklaracje zgodności CE i dla wyrobów medycznych: zgłoszenie/wpis do rejestru wyrobów medycznych.
5. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. 2023 poz. 129).

 ………………………………….

 /Podpis Oferenta lub osoby upoważnionej/