**Opis przedmiotu zamówienia – formularz cenowy**

**Reduktor medyczny wysokiego ciśnienia**

**Wymagana ilość: 10 (dziesięć) sztuk**

|  |  |
| --- | --- |
| **pełna nazwa i adres siedziby Wykonawcy** |  |

Ja/My\* oferuję/-my **………………………………………………………………………..** *(należy podać model, symbol oraz producenta*), zgodny z niżej wymienionymi parametrami:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp** | Pozycja asortymentowa oraz parametry (funkcje) wymagane (minimalne) |  **potwierdzenie spełniania wymagań****TAK/NIE\*** |
| 1 | Reduktor musi być fabrycznie nowy, rok produkcji 2023.Nie dopuszcza się egzemplarzy powystawowych, rekondycjonowanych, demonstracyjnych, itp. | **TAK/NIE\*** |
| 2 | Wysoka jakość i precyzja wykonania | **TAK/NIE\*** |
| 3 | Przepływomierz obrotowy 0-25 l/min | **TAK/NIE\*** |
| 4 | Wskaźnik nastawionego przepływu | **TAK/NIE\*** |
| 5 | Ciśnienie wejściowe – do 300 bar. | **TAK/NIE\*** |
| 6 | Ciśnienie na wylocie – 4 bar | **TAK/NIE\*** |
| 7 | Manometr zabezpieczony gumową osłoną | **TAK/NIE\*** |
| 8 | Standardowe szybkozłącze AGA do podłączenia respiratora | **TAK/NIE\*** |
| 9 | Króciec do podłączenia przewodu tlenowego | **TAK/NIE\*** |
| 10 | Konstrukcja odporna na czynniki zewnętrzne | **TAK/NIE\*** |
| 11 | Zwarta budowa, niewielkie gabaryty i ciężar | **TAK/NIE\*** |
| 12 | Możliwość pracy w środowisku MRI | **TAK/NIE\*** |
| 13 | Wejście zgodne z normami krajowymi | **TAK/NIE\*** |
| 14 | Wyjście - 9/16 UNF, M12×1,25, G3/8, G1/4 + wąż | **TAK/NIE\*** |
| 15 | Materiał korpusu: mosiądz niklowany | **TAK/NIE\*** |
| 16 | Pokrętło regulacji – Poliamid | **TAK/NIE\*** |
| 17 | O-ringi – EPDM | **TAK/NIE\*** |
| 18 | Filtr - brąz spiekany | **TAK/NIE\*** |
| 19 | Osłona manometru - TPE (termoplastycznego elastomeru) | **TAK/NIE\*** |
| 20 | Gwarancja minimum 24 miesiące | **TAK/NIE\*** |
| 21 | Autoryzowany serwis na terenie Polski | **TAK/NIE\*; należy podać lokalizację** |
| 22 | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy( nie dłuższy niż 48h w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowa wolnych od pracy) liczony od dnia zgłoszenia usterki | **TAK/NIE\*** |
| 23 | Czas naprawy gwarancyjnej w terminie do 7 dni roboczych od daty zgłoszenia awarii bez wymiany części i do 14 dni roboczych jeżeli naprawa wymaga wymiany części zamiennych | **TAK/NIE\*** |
| 24 | Godziny przyjmowania zgłoszeń serwisowych przez Wykonawcę od 8:00 do 15.30 w dni robocze | **TAK/NIE\*** |
| 25 | Informacja o rodzajach i częstotliwości wymaganych lub zalecanych przez producenta przeglądów urządzenia | **TAK/NIE\*** |
| 26 | W okresie gwarancji 3 wymiany tej samej części/ podzespołu powodują wymianę części/podzespołu urządzenia na nową  | **TAK/NIE\*** |
| 27 | Dostępność części zamiennych przez okres 10 lat od dostawy urządzenia  | **TAK/NIE\*** |
| 28 | Urządzenie medyczne klasy IIa w zgodności z Dyrektywą Medical Devices 93/42/EEC, zgodność z normą EN ISO 10524-1, EN-1789 | **TAK/NIE\*** |
| **Wartość netto :**  | ……….. PLN, (słownie złotych brutto …………….) |
| Podatek VAT: |  |
| **Wartość brutto :**  | ……….. PLN, (słownie złotych brutto …………….) |

„\*” – należy skreślić niewłaściwe

**Wymagane wraz z ofertą dokumenty**: specyfikacja techniczna producenta zaoferowanego powyżej urządzenia, potwierdzająca wymagania opisane przez Zamawiajacego.

..................................., dn. ................... ......................................................

 *(podpis Wykonawcy)\*\**

„\*\*” - dokument powinien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osoby upoważnione do reprezentowania Wykonawcy)