**Załącznik nr 3 do SWZ**

**Załącznik nr 1 do umowy LI.262.6.2.2023**

**FORMULARZ CENOWO –TECHNICZNY - zadanie nr 2**

A. Oferuję dostawę przedmiotu zamówienia za cenę:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Przedmiot zamówienia | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena**  **jednostkowa**  *netto* | **Wartość**  *netto*  *6=4x5* | **Stawka VAT**  *%* | **Cena**  **jednostkowa**  *brutto*  *8=5+7* | **Wartość**  *brutto*  *9=4\*8* |
|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| **1.** | **Monitor**  **do bronchoskopów** | **szt.** | **3** |  |  |  |  |  |
| **Razem cena oferty** | | | |  |  | **-** | **-** |  |

**B. Oświadczam, że okres gwarancji na przedmiot zamówienia wynosi……………..miesięcy.**

Oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny z niżej wskazanymi parametrami:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Monitor do bronchoskopów– 3 szt.** | | Typ ………………………....  Model …………………...….  Producent…………………..  Kraj pochodzenia ………….. |
|  | Rok produkcji | **2022/2023** |
|  | Certyfikat CE | |
|  | Monitor przenośny do bronchoskopów jednopacjentowych, wyposażony w 3 wejścia do podłączenia bronchoskopów i/lub rurek jedno lub dwuświatłowych z torem wizyjnym, cystoskopów oraz endoskopów laryngologicznych kompatybilny z posiadanymi przez Zamawiającego bronchoskopami jednorazowymi Ambu aView 2 advance. | |
|  | Obraz Full HD o rozdzielczości obrazu 1920 x 1080 pikseli | |
|  | Wyjście video: HDMI i 3G-SDI (1920 x 1080p, 60 fps) | |
|  | Możliwość podłączenia urządzenia zewnętrznego za pomocą złącza USB 3.0 typ A (2 złącza) | |
|  | Podłączenie endoskopu do procesora za pomocą przewodu | |
|  | Funkcja wyostrzenia obrazu, adaptacyjna kontrola światła | |
|  | Ekran min 12,8”, kolorowy TFT LCD | |
|  | Funkcja automatycznego rozpoznawania endoskopów: model, średnica kanału roboczego, średnica pancerza sondy | |
|  | Zapis filmów i zdjęć | |
|  | Wbudowana pojemność przechowywania min. 32 GB | |
|  | 2 wyjścia USB | |
|  | Zewnętrzny port USB do zapisu i przenoszenia danych na urządzenie przenośne | |
|  | Monitor kompatybilny z systemem PACS poprzez DICOM | |
|  | Antyrefleksyjny ekran dotykowy | |
|  | Funkcja wyświetlania obrazu z dwóch urządzeń w czasie rzeczywistym z podziałem ekranu na 2 części | |
|  | Nagrywanie filmów bezpośrednio na wbudowany dysk | |
|  | Wbudowany system archiwizacji danych umożliwiający tworzenie i zapis raportów | |
|  | Funkcja powiększenia obrazu – 2 tryby | |
|  | Złącze Ethernet RJ45, 10/100/1000 Mbps | |
|  | Tryb regulacji poziomu tonu kolorów | |
|  | Uchwyt na zasilacz oraz opakowanie z endoskopem | |
|  | Podgląd ustawień użytkownika | |
|  | Tryb pracy ciągłej bez konieczności każdorazowego wyłączenia procesora wideo przy podłączeniu kolejnego endoskopu | |
|  | Tryb zmiany ustawień kolorów | |
|  | Klawiatura medyczna z możliwością opisu badań | |
|  | WiFi obsługujące standardy IEEE 802.11ac/a/b/g/n | |
|  | Zasilanie elektryczne, czas działania na baterii – min. 3h | |
|  | Możliwość wykonywania zdjęć i nagrywania filmów z procedur z jednoczesnym zapisem w pamięci wewnętrznej | |
|  | Możliwość przesyłania obrazu na zewnętrzny monitor za pomocą HDMI lub SDI | |
|  | Wskaźnik stanu naładowania | |
|  | **Informacje dodatkowe** | |
|  | Oferowany sprzęt medyczny musi być kompletny, kompatybilny z akcesoriami, fabrycznie nowy, po instalacji gotowy do użycia zgodnie z jego przeznaczeniem | |
|  | Zamawiający wymaga instalacji i uruchomienia sprzętu | |
|  | **Okres gwarancji min. 24 miesiące** | |
|  | Wykonanie przeglądów serwisowych – wg zaleceń producenta - w trakcie trwania gwarancji (w tym jeden w ostatnim miesiącu gwarancji) | |
|  | Wraz z dostarczonym sprzętem Wykonawca przekaże Instrukcję obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej, paszport techniczny, kartę gwarancyjną oraz wykaz podmiotów upoważnionych przez producenta lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów | |
|  | Szkolenie w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu w miejscu instalacji | |
|  | Częstość przeglądów wymagana przez producenta zgodnie z instrukcją obsługi. | |

C. Oświadczam, że dostarczony Zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie   
właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.

D. Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt B  
i C posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

|  |  |
| --- | --- |
|  | ………………………………………………  *Imię i nazwisko osoby uprawionej do reprezentowania*  *Wykonawcy uwierzytelniającego oświadczenie kwalifikowanym*  *podpisem elektronicznym* |
|  |  |