

FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY

Część A – formularza asortymentowo-cenowego

Lp.	Nazwa sprzętu	Ilość	Cena brutto zł (jednostkowa)	Wartość brutto zł	1) Producent 2) Nazwa 3) Typ, Model, Rok 4) Numer katalogowy		Stawka podatku VAT
1	Zakup ciepłarki do płynów infuzyjnych.	1					
RAZEM:							

słownie złotych brutto:

Miejsce, data i podpis:

(podpis osoby lub osób figurujących w rejestrach uprawnionych do reprezentacji Wykonawcy lub uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy we właściwym pełnomocnictwie)

DOKUMENT NALEŻY OPATRYĆ PODPISEM ZAUFANYM, PODPISEM OSOBISTYM LUB KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM

FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY CZEŚĆ „B” - OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Uwaga:

W kolumnie „Parametry oferowane” należy czytelnie zaznaczyć odpowiedź „TAK” lub „NIE” poprzez skreślenie niepoprawnej odpowiedzi lub wyraźnie zaznaczenie prawidłowej odpowiedzi. Dodatkowo oferowane parametry należy wpisać tylko w polach wskazanych przez Zamawiającego tj. zawierających tekst: „Należy podać”.

Cieplarka do płynów infuzyjnych		
Lp.	Parametry wymagane	Parametry oferowane
Ogólne parametry		
1	Nazwa, numer katalogowy, Producent oferowanego urządzenia	Należy podać
2	Aparat o nowoczesnej konstrukcji i ergonomii pracy	TAK / NIE
3	Urządzenie w pełni zatwierdzone zgodnie ze standardami medycznymi, Klasa I 93/42/EEC, EEC MDD rozporządzenie (UE) 2017/745	TAK / NIE
4	Zakres regulacji temperatury 25- 70°C +/-5%	TAK / NIE Należy podać
5	Praca w temperaturze otoczenia 10 - 30°C	TAK / NIE Należy podać
6	Przechowywanie 10 - 55°C +/-5%	TAK / NIE Należy podać
7	Wilgotność względna 25%-75%	TAK / NIE Należy podać
8	Dokładność kontroli +/-2°C	TAK / NIE Należy podać
9	Użytkowanie - Urządzenie przeznaczone do pracy ciągłej	TAK / NIE
10	Bezpieczeństwo - Elektroniczne i mechaniczne czujniki bezpieczeństwa zapobiegające przegrzaniu	TAK / NIE
11	Alarmy - Optyczny i akustyczny	TAK / NIE
12	Panel sterujący - dotykowy	TAK / NIE
13	Objętość wewnętrzna netto 26 – 32L	TAK / NIE Należy podać
14	Objętość wewnętrzna brutto 30 – 36 L	TAK / NIE Należy podać
15	Waga urządzenia 19 – 25 kg	TAK / NIE Należy podać
16	Wymiary 350 x 620 x 400 mm + / - 5%	TAK / NIE Należy podać

17	Urządzenie stacjonarne nablátowe	TAK / NIE Należy podać
18	Nózki antypoślizgowe min. 4	TAK / NIE
19	System dezynfekcji UV-C Min. 2 listwy LED	TAK / NIE Należy podać
20	Komory grzewcze – min. 1	TAK / NIE
Pozostałe wymagania :		
40	Min. 24 miesięczna gwarancja, przeglądy techniczne w okresie gwarancji wliczone w cenę umowy.	TAK / NIE Należy podać
41	Czas reakcji serwisu od zgłoszenia awarii sprzętu (podjęcie naprawy) – nie dłuższy niż 24 godziny.	TAK / NIE Należy podać
42	Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych od daty sprzedaży – co najmniej 10 lat.	TAK / NIE Należy podać
43	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski, zlokalizowany w miejscu zapewniającym wymagany przez Zamawiającego czas reakcji serwisu.	TAK / NIE
44	Sprzęt jest kompletny i będzie gotowy do pracy zgodnie z instrukcją obsługi bez żadnych dodatkowych zakupów.	TAK / NIE
45	Paszport techniczny dostarczony wraz z dostawą.	TAK / NIE
46	Wykaz punktów serwisowych dostarczony wraz z dostawą.	TAK / NIE
47	Wykaz dostawców części zamiennych lub materiałów zużywalnych i eksploatacyjnych dostarczony wraz z dostawą.	TAK / NIE
48	Oferowany sprzęt jest fabrycznie nowy, nieużywany, nie powystawowy, rok produkcji 2026.	TAK / NIE

Miejsce, data i podpis: _____
 (podpis osoby lub osób figurujących w rejestrach uprawnionych do reprezentacji Wykonawcy lub uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy we właściwym pełnomocnictwie)

**DOKUMENT NALEŻY OPATRYĆ PODPISEM ZAUFANYM, PODPISEM OSOBISTYM LUB
 KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM**