**Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy**

1. **Dane oferenta:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa wykonawcy: |  | Reprezentowany przez (imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji): |  |
| Adres siedziby: |  |  |  |
| REGON: |  | NIP: |  |
| Nr telefonu/ fax: |  | Adres e-mail: |  |

1. **Parametry wymagane (należy potwierdzić uzupełniając kolumnę 4):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Parametr graniczny** | **Opis oferowanego parametru** |
| **PAKIET I – Wyciąg nablatowy**  | **CPV: 38000000-5** |
| 1. **Dygestorium wentylowane – 1 sztuka**
 |  |  |
| 1 | nazwa produktu | podać |  |
| 2 | numer katalogowy produktu lub grupy | podać |  |
| 3 | producent | podać |  |
| 4 | produkt fabrycznie nowy, rok produkcji min. 2022 | TAK, podać |  |
| 5 | Wentylowane stanowisko ( dygestorium) do barwień immunohistochemicznych i specjalnych oraz do pracy z wycinkami utrwalonymi w formalinie | TAK |  |
| 6 | Praca bez konieczności podłączenia do wentylacji zewnętrznej, na własnych filtrach, gwarantujące bezpieczeństwo pracy (środowisko pracy wolne od oparów formalinowych) | TAK |  |
| 7 | Całkowite wymiary zewnętrzne, szer. x gł. x wys. 1200 x 750 x 1900 [mm] (+/- 2%) | TAK, podać |  |
| 8 | Możliwość pracy w pozycji siedzącej | TAK |  |
| 9 | Stół wyposażony w perforowany blat roboczy | TAK |  |
| 10 | Wentylacja „dwupunktowa” – do blatu roboczego oraz tylnej ściany w celu efektywnej eliminacji oparów formalinowych | TAK |  |
| 11 | W przestrzeni roboczej kran ze zlewem podłączonym odpływem do kanalizacji | TAK |  |
| 12 | Wymiary misy zlewu, szer. x dł. x gł. 300 x 300 x 300 [mm] (+/- 2%) | TAK, podać |  |
| 13 | Pod zlewem szafka z drzwiczkami na zawiasie, pod pozostałą częścią dygestorium szafki cofnięte z drzwiczkami rozsuwanymi | TAK |  |
| 14 | Umiejscowienie misy zlewu po prawej stronie przestrzeni roboczej umiejscowiony maksymalnie do ściany tylnej dygestorium | TAK |  |
| 15 | Kran umieszczony z tyłu zlewu (patrząc od przodu stołu) w pozycji skrajnie prawej | TAK |  |
| 16 | Szyby boczne wykonane ze szkła hartowanego wspomagające system wentylacji oparów formalinowych. | TAK |  |
| 17 | W przestrzeni roboczej umieszczony uchwyt magnesowy na narzędzia o szerokości, min 200 [mm] | TAK, podać |  |
| 18 | Stół w całości (poza kranem, zlewem, odpływami oraz szybami bocznymi) ze stali nierdzewnej | TAK |  |
| 19 | Zbiornik spodni, umieszczony pod perforowanym blatem roboczym, wentylowany, wyposażony w odpływ do kanalizacji umieszczony pod blatem roboczym | TAK |  |
| 20 | Zbiornik spodni wyposażony we własnym system szybkiego spłukiwania (zraszacze pod perforowanym blatem czyszczące zbiornik) | TAK |  |
| 21 | Możliwość wyjęcia pokrywy (perforowanego blatu) zbiornika spodniego | TAK |  |
| 22 | Oświetlenie wewnętrzne przestrzeni roboczej typu LED | TAK |  |
| 23 | Stół wyposażony we własny system wentylacji (wbudowany wentylator) z płynną regulacją tempa ekstrakcji oparów | TAK |  |
| 24 | Stół działający na zasadzie „recyrkulacji” powietrza | TAK |  |
| 25 | Urządzenie wyposażone w min. 4 filtry przystosowane do pracy z oparami formaliny i ksylenu | TAK, podać |  |
| 26 | Filtry wykonane z aktywowanego tlenku glinu z dodatkiem nadmanganianu potasu KMnO4 | TAK |  |
| 27 | Półka na akcesoria nad blatem roboczym | TAK |  |
| 28 | Stół wyposażony w przyłącze do wody zimnej ½” z tylu urządzenia | TAK |  |
| 29 | Stół wyposażony w przyłącze do wody ciepłej ½” z tyłu urządzenia | TAK |  |
| 30 | Odpływ do kanalizacji z tyłu urządzenia | TAK |  |
| 31 | Stół wyposażony w przycisk bezpieczeństwa zatrzymujący pracę w przypadku niebezpieczeństwa | TAK |  |
| 32 | Gniazda elektryczne łatwo dostępne dla osoby obsługującej stół, min. 2 sztuki | TAK, podać |  |
| 33 | Urządzenie wyposażone w antystatyczne nóżki zapewniające możliwość dokładnego wypoziomowania stołu | TAK |  |
| 34 | Deklaracja zgodności CE/IVD | TAK |  |
| 35 | Zasilanie sieciowe 100-240 [V], 50-60 [Hz] | TAK, podać |  |
|  | **Warunki gwarancji** |  |  |
| 36 | okres gwarancji od daty podpisania protokołu odbioru, min. 24 [mies.] | TAK, podać |  |
| 37 | w okresie udzielonej gwarancji bezpłatne, bez konieczności wzywania przez Zamawiającego, przeglądy okresowe (obejmujące bezpłatny dojazd i robociznę), min. 1 na rok (tj. pierwszy przegląd przed upływem 365 dni liczonych od daty podpisania protokołu) lub inaczej ale zgodnie z zaleceniami producenta - w przypadku przeglądów zgodnie z zaleceniami producenta należy dostarczyć w dniu podpisania protokołu odbioru końcowego pismo z zaleceniami producenta w tym zakresie (potwierdzone za zgodność z oryginałem). W okresie udzielonej gwarancji po stronie Wykonawcy leży zapewnienie terminowego wykonania kolejnego przeglądu - przed upływem daty ważności ostatniego wykonanego przez Niego przegladu | TAK, podać |  |
| 38 | gwarantowany czas przystąpienia do naprawy, max. 72 [h] od zgłoszenia konieczności naprawy | TAK, podać |  |
| 39 | gwarantowany czas naprawy, max. 7 dni od daty zgłoszenia konieczności naprawy | TAK, podać |  |
| 40 | nazwa serwisu, adres, nr telefonu i faksu, osoba kontaktowa | podać |  |
|  | **Inne** |  |  |
| 41 | szkolenie personelu z obsługi (miejsce: siedziba Zamawiającego, czas i ilość osób: do ustalenia przed szkoleniem) | TAK |  |
| 42 | produkt posiadający deklarację zgodności - deklaracja zgodności w języku polskim lub angielskim dostarczona przy dostawie | TAK |  |
| 43 | instrukcja obsługi do każdego egzemplarza oferowanego urządzenia w języku polskim oraz dodatkowa instrukcja obsługi (obowiązkowo wersja elektroniczna) dla Działu Inżynierii Klinicznej - przy dostawie | TAK |  |
| 44 | w ramach oferty Wykonawca zobowiązany jest po dokonanej instalacji do niezwłocznego odebrania wszelkich opakowań (palet, kartonów, folii, taśm, etc.) po zainstalowanym sprzęcie i ich utylizacji we własnym zakresie i na własny koszt | TAK |  |
| 45 | wszelkie czynności i koszty związane z dostarczeniem, wniesieniem, montażem, uruchomieniem oferowanego w pakiecie przedmiotu zamówienia leżą po stronie Wykonawcy | TAK |  |

**Załącznik nr 2 – Formularz cenowy**

**Pakiet I**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilość szt. | Cena jednostkowa netto [PLN] | Stawka podatku VAT [%] | Wartość brutto [PLN] |
| 1 | Dygestorium wentylowane | **1** |  |  |  |
|  |  |  | **Suma** |  |

Data związania ofertą, nie krótsza niż 3 tygodnie od daty otwarcia oferty, tj. do dnia: ……………………..………….………..

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

(miejscowość, data, czytelny podpis Przedstawiciela Oferenta)