**Wykonawca składający ofertę:**

Nazwa i adres

.......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

NIP: ..........................................................................................................................

REGON: ...................................................................................................................

Telefon: ....................................................................................................................

E-mail: ......................................................................................................................

Nr KRS lub CEiDG lub innego dokumentu:……………….........................................

 **I . OKREŚLENIE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

###### **Klimatyzator ścienny wraz z podłączeniem oraz serwisem w czasie trwania gwarancji dla Poradni Okulistyki - 1 szt.**

Pracownia laserowa gabinet nr 1024, kubatura pomieszczenia 42m3, lokalizacja: bud 1D, I piętro, wymiar okna: 2,1m x 1,7m Długość linii instalacji elektrycznej od rozdzielni do jednostki wew.: ok. 20 mb, freonowej ok. 12 mb

**II . Część do wypełnienia przez przystępującego do postępowania:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | Nazwa urządzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **2** | Typ urządzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **3** | Producent |   |
|
|

*Wpisać*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4** | Rok produkcjiUrządzenie fabrycznie nowe nie rekondycjonowane | - Rok produkcji: ………………………………………………….- Urządzenie/a fabrycznie nowe nie rekondycjonowane (Tak/Nie – wpisać): …………………………………………………. |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **5** | Kraj pochodzenia urządzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |

**6. Warunki gwarancji i serwisu wymagane przez użytkownika, oferta cenowa**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA****( podać, opisać )** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Autoryzowany serwis gwarancyjny | *TAK(wpisać pełne dane kontaktowe adres i techniczne środki łączności, nr tel., e-mail. )* |   |
| 2 | Długość udzielanej gwarancji **24 miesiące.** | TAK  |   |
| 3 | Cena całkowita - ostateczna oferowanego przedmiotu zamówienia (wraz z usługą serwisową w czasie trwania gwarancji) |  | **Cena w PLN:**Netto: ……………………………Stawka VAT w %: ……………..Wartość stawki VAT: …………..Brutto: …………………………… |

*Wpisać*

**7.Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **Parametry graniczne** | Parametry oferowane( podać, opisać ). Należy szczegółowo opisać każdy oferowany parametr urządzenia/sprzętu |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Chłodzenie | TAK |  |
|  | Grzanie | TAK |  |
|  | Klasa energetyczna A+ | TAK |  |
|  | Praca w trybie cichym  | TAK |  |
|  | Wersja inwerter | TAK |  |
|  | Oznakowanie CE | TAK |  |
|  | Atest PHZ | TAK |  |
|  | Filtr antyalergiczny | TAK |  |
|  | Filtr antybakteryjny | TAK |  |
|  | Funkcja osuszania wymiennika | TAK |  |
|  | Moc chłodnicza nie mniejsza niż 2,5 kW | TAK |  |

 *Wpisać*

###### **Klimatyzator ścienny wraz z podłączeniem oraz serwisem w czasie trwania gwarancji dla Poradni Okulistyki - 1 szt.**

Poradnia dla dorosłych gabinet nr 1026, kubatura 42 m3, lokalizacja: bud 1D, I piętro , wymiar okna: 2,1m x 1,7m. Długość linii instalacji elektrycznej od rozdzielni do jednostki wew.: ok. 15 mb, freonowej ok. 12 mb

**II . Część do wypełnienia przez przystępującego do postępowania:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | Nazwa urządzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **2** | Typ urządzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **3** | Producent |   |
|
|

*Wpisać*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4** | Rok produkcjiUrządzenie fabrycznie nowe nie rekondycjonowane | - Rok produkcji: ………………………………………………….- Urządzenie/a fabrycznie nowe nie rekondycjonowane (Tak/Nie – wpisać): …………………………………………………. |
|
|  |  |  | *Wpisać* |
| **5** | Kraj pochodzenia urządzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |

**6. Warunki gwarancji i serwisu wymagane przez użytkownika, oferta cenowa**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA****( podać, opisać )** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Autoryzowany serwis gwarancyjny | *TAK(wpisać pełne dane kontaktowe adres i techniczne środki łączności, nr tel., e-mail. )* |   |
| 2 | Długość udzielanej gwarancji **24 miesiące.** | TAK  |   |
| 3 | Cena całkowita - ostateczna oferowanego przedmiotu zamówienia (wraz z usługą serwisową w czasie trwania gwarancji) |  | **Cena w PLN:**Netto: ……………………………Stawka VAT w %: ……………..Wartość stawki VAT: …………..Brutto: …………………………… |

*Wpisać*

**7. Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **Parametry graniczne** | Parametry oferowane( podać, opisać ). Należy szczegółowo opisać każdy oferowany parametr urządzenia/sprzętu |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Chłodzenie | TAK |  |
|  | Grzanie | TAK |  |
|  | Klasa energetyczna A+ | TAK |  |
|  | Praca w trybie cichym  | TAK |  |
|  | Wersja inwerter | TAK |  |
|  | Oznakowanie CE | TAK |  |
|  | Atest PHZ | TAK |  |
|  | Filtr antyalergiczny | TAK |  |
|  | Filtr antybakteryjny | TAK |  |
|  | Funkcja osuszania wymiennika | TAK |  |
|  | Moc chłodnicza nie mniejsza niż 2,5 kW | TAK |  |

*Wpisać*

###### **Klimatyzator ścienny wraz z podłączeniem oraz serwisem w czasie trwania gwarancji dla Poradni Okulistyki - 1 szt.**

Poradnia dla dzieci gabinet nr 1028, kubatura 41 m3, lokalizacja: bud 1D, I piętro , wymiar okna: 2,1m x 1,7m. Długość linii instalacji elektrycznej od rozdzielni do jednostki wew.: ok. 25 mb, freonowej ok. 20 mb

**II . Część do wypełnienia przez przystępującego do postępowania:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | Nazwa urządzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **2** | Typ urządzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **3** | Producent |   |
|
|

*Wpisać*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4** | Rok produkcjiUrządzenie fabrycznie nowe nie rekondycjonowane | - Rok produkcji: ………………………………………………….- Urządzenie/a fabrycznie nowe nie rekondycjonowane (Tak/Nie – wpisać): …………………………………………………. |
|
|  |  |  | *Wpisać* |
| **5** | Kraj pochodzenia urządzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |

**6. Warunki gwarancji i serwisu wymagane przez użytkownika, oferta cenowa**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA****( podać, opisać )** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Autoryzowany serwis gwarancyjny | *TAK(wpisać pełne dane kontaktowe adres i techniczne środki łączności, nr tel., faxu, e-mail. )* |   |
| 2 | Długość udzielanej gwarancji **24 miesiące.** | TAK  |   |
| 3 | Cena całkowita - ostateczna oferowanego przedmiotu zamówienia (wraz z usługą serwisową w czasie trwania gwarancji) |  | **Cena w PLN:**Netto: ……………………………Stawka VAT w %: ……………..Wartość stawki VAT: …………..Brutto: …………………………… |

*Wpisać*

**7.Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **Parametry graniczne** | Parametry oferowane( podać, opisać ). Należy szczegółowo opisać każdy oferowany parametr urządzenia/sprzętu |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Chłodzenie | TAK |  |
|  | Grzanie | TAK |  |
|  | Klasa energetyczna A+ | TAK |  |
|  | Praca w trybie cichym  | TAK |  |
|  | Wersja inwerter | TAK |  |
|  | Oznakowanie CE | TAK |  |
|  | Atest PHZ | TAK |  |
|  | Filtr antyalergiczny | TAK |  |
|  | Filtr antybakteryjny | TAK |  |
|  | Funkcja osuszania wymiennika | TAK |  |
|  | Moc chłodnicza nie mniejsza niż 2,5 kW | TAK |  |

 *Wpisać*

###### **Klimatyzator ścienny wraz z podłączeniem oraz serwisem w czasie trwania gwarancji dla Działu Informatyki - 1 szt.**

Pomieszczenie serwerowni, kubatura pomieszczenia 7,6m3, lokalizacja: bud 1D, I piętro, wymiar okna: brak Długość linii instalacji elektrycznej od rozdzielni do jednostki wew.: ok. 10 mb, freonowej ok. 8 mb

**II . Część do wypełnienia przez przystępującego do postępowania:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | Nazwa urządzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **2** | Typ urządzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **3** | Producent |   |
|
|

*Wpisać*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4** | Rok produkcjiUrządzenie fabrycznie nowe nie rekondycjonowane | - Rok produkcji: ………………………………………………….- Urządzenie/a fabrycznie nowe nie rekondycjonowane (Tak/Nie – wpisać): …………………………………………………. |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **5** | Kraj pochodzenia urządzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |

**6. Warunki gwarancji i serwisu wymagane przez użytkownika, oferta cenowa**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA****( podać, opisać )** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Autoryzowany serwis gwarancyjny | *TAK(wpisać pełne dane kontaktowe adres i techniczne środki łączności, nr tel., e-mail. )* |   |
| 2 | Długość udzielanej gwarancji **24 miesiące.** | TAK  |   |
| 3 | Cena całkowita - ostateczna oferowanego przedmiotu zamówienia (wraz z usługą serwisową w czasie trwania gwarancji) |  | **Cena w PLN:**Netto: ……………………………Stawka VAT w %: ……………..Wartość stawki VAT: …………..Brutto: …………………………… |

*Wpisać*

**7.Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **Parametry graniczne** | Parametry oferowane( podać, opisać ). Należy szczegółowo opisać każdy oferowany parametr urządzenia/sprzętu |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Chłodzenie | TAK |  |
|  | Grzanie | TAK |  |
|  | Klasa energetyczna A+ | TAK |  |
|  | Praca w trybie cichym  | TAK |  |
|  | Wersja inwerter | TAK |  |
|  | Oznakowanie CE | TAK |  |
|  | Atest PHZ | TAK |  |
|  | Filtr antyalergiczny | TAK |  |
|  | Filtr antybakteryjny | TAK |  |
|  | Funkcja osuszania wymiennika | TAK |  |
|  | Moc chłodnicza nie mniejsza niż 2,5 kW | TAK |  |

 *Wpisać*

###### **Klimatyzator ścienny wraz z podłączeniem oraz serwisem w czasie trwania gwarancji dla Dział Informatyki - 1 szt.**

Pomieszczenie serwerowni nr 1207a/2 (Klinika Neonatologii), kubatura pomieszczenia 6,8 m3, lokalizacja: bud 1H, I piętro, wymiar okna: brak Długość linii instalacji elektrycznej od rozdzielni do jednostki wew.: ok. 10 mb, freonowej ok. 8 mb prowadzić przez przepust w stropi typu Akerman i dach (płyty dachowe betonowe)

**II . Część do wypełnienia przez przystępującego do postępowania:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | Nazwa urządzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **2** | Typ urządzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **3** | Producent |   |
|
|

*Wpisać*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4** | Rok produkcjiUrządzenie fabrycznie nowe nie rekondycjonowane | - Rok produkcji: ………………………………………………….- Urządzenie/a fabrycznie nowe nie rekondycjonowane (Tak/Nie – wpisać): …………………………………………………. |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **5** | Kraj pochodzenia urządzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |

**6. Warunki gwarancji i serwisu wymagane przez użytkownika, oferta cenowa**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA****( podać, opisać )** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Autoryzowany serwis gwarancyjny | *TAK(wpisać pełne dane kontaktowe adres i techniczne środki łączności, nr tel., e-mail. )* |   |
| 2 | Długość udzielanej gwarancji **24 miesiące.** | TAK  |   |
| 3 | Cena całkowita - ostateczna oferowanego przedmiotu zamówienia (wraz z usługą serwisową w czasie trwania gwarancji) |  | **Cena w PLN:**Netto: ……………………………Stawka VAT w %: ……………..Wartość stawki VAT: …………..Brutto: …………………………… |

*Wpisać*

**7.Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **Parametry graniczne** | Parametry oferowane( podać, opisać ). Należy szczegółowo opisać każdy oferowany parametr urządzenia/sprzętu |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Chłodzenie | TAK |  |
|  | Grzanie | TAK |  |
|  | Klasa energetyczna A+ | TAK |  |
|  | Praca w trybie cichym  | TAK |  |
|  | Wersja inwerter | TAK |  |
|  | Oznakowanie CE | TAK |  |
|  | Atest PHZ | TAK |  |
|  | Filtr antyalergiczny | TAK |  |
|  | Filtr antybakteryjny | TAK |  |
|  | Funkcja osuszania wymiennika | TAK |  |
|  | Moc chłodnicza nie mniejsza niż 2,5 kW | TAK |  |

 *Wpisać*

###### **Klimatyzator ścienny wraz z podłączeniem oraz serwisem w czasie trwania gwarancji dla Kliniki Hematologii - 1 szt.**

Gabinet jednodniowa chemoterapia nr 039, 57m3, lokalizacja: bud 7A, niski parter, wymiar okna: 2,1m x 1,7m Długość linii instalacji elektrycznej od rozdzielni do jednostki wew.: ok. 23 mb, freonowej ok. 3 mb

**II . Część do wypełnienia przez przystępującego do postępowania:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | Nazwa urządzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **2** | Typ urządzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **3** | Producent |   |
|
|

*Wpisać*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4** | Rok produkcjiUrządzenie fabrycznie nowe nie rekondycjonowane | - Rok produkcji: ………………………………………………….- Urządzenie/a fabrycznie nowe nie rekondycjonowane (Tak/Nie – wpisać): …………………………………………………. |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **5** | Kraj pochodzenia urządzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |

**6. Warunki gwarancji i serwisu wymagane przez użytkownika, oferta cenowa**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA****( podać, opisać )** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Autoryzowany serwis gwarancyjny | *TAK(wpisać pełne dane kontaktowe adres i techniczne środki łączności, nr tel., e-mail. )* |   |
| 2 | Długość udzielanej gwarancji **24 miesiące.** | TAK  |   |
| 3 | Cena całkowita - ostateczna oferowanego przedmiotu zamówienia (wraz z usługą serwisową w czasie trwania gwarancji) |  | **Cena w PLN:**Netto: ……………………………Stawka VAT w %: ……………..Wartość stawki VAT: …………..Brutto: …………………………… |

*Wpisać*

**7.Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **Parametry graniczne** | Parametry oferowane( podać, opisać ). Należy szczegółowo opisać każdy oferowany parametr urządzenia/sprzętu |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Chłodzenie | TAK |  |
|  | Grzanie | TAK |  |
|  | Klasa energetyczna A+ | TAK |  |
|  | Praca w trybie cichym  | TAK |  |
|  | Wersja inwerter | TAK |  |
|  | Oznakowanie CE | TAK |  |
|  | Atest PHZ | TAK |  |
|  | Filtr antyalergiczny | TAK |  |
|  | Filtr antybakteryjny | TAK |  |
|  | Funkcja osuszania wymiennika | TAK |  |
|  | Moc chłodnicza nie mniejsza niż 2,5 kW | TAK |  |

 *Wpisać*

###### **Klimatyzator ścienny wraz z podłączeniem oraz serwisem w czasie trwania gwarancji dla OKMR - 1 szt.**

Gabinet lekarski nr 1529, OKMR 60m3, lokalizacja: bud 1H, niski parter, wymiar okna: 2,1m x 1,7m Długość linii instalacji elektrycznej od rozdzielni do jednostki wew.: ok. 16 mb, freonowej ok. 8 mb

**II . Część do wypełnienia przez przystępującego do postępowania:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | Nazwa urządzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **2** | Typ urządzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **3** | Producent |   |
|
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **4** | Rok produkcjiUrządzenie fabrycznie nowe nie rekondycjonowane | - Rok produkcji: ………………………………………………….- Urządzenie/a fabrycznie nowe nie rekondycjonowane (Tak/Nie – wpisać): …………………………………………………. |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **5** | Kraj pochodzenia urządzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |

**6. Warunki gwarancji i serwisu wymagane przez użytkownika, oferta cenowa**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA****( podać, opisać )** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Autoryzowany serwis gwarancyjny | *TAK(wpisać pełne dane kontaktowe adres i techniczne środki łączności, nr tel., e-mail. )* |   |
| 2 | Długość udzielanej gwarancji **24 miesiące.** | TAK  |   |
| 3 | Cena całkowita - ostateczna oferowanego przedmiotu zamówienia (wraz z usługą serwisową w czasie trwania gwarancji) |  | **Cena w PLN:**Netto: ……………………………Stawka VAT w %: ……………..Wartość stawki VAT: …………..Brutto: …………………………… |

*Wpisać*

**7.Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **Parametry graniczne** | Parametry oferowane( podać, opisać ). Należy szczegółowo opisać każdy oferowany parametr urządzenia/sprzętu |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Chłodzenie | TAK |  |
|  | Grzanie | TAK |  |
|  | Klasa energetyczna A+ | TAK |  |
|  | Praca w trybie cichym  | TAK |  |
|  | Wersja inwerter | TAK |  |
|  | Oznakowanie CE | TAK |  |
|  | Atest PHZ | TAK |  |
|  | Filtr antyalergiczny | TAK |  |
|  | Filtr antybakteryjny | TAK |  |
|  | Funkcja osuszania wymiennika | TAK |  |
|  | Moc chłodnicza nie mniejsza niż 2,5 kW | TAK |  |

 *Wpisać*

###### **Klimatyzator ścienny wraz z podłączeniem oraz serwisem w czasie trwania gwarancji dla Działu Logistyki - 1 szt.**

Korytarz komunikacyjny 88 m3, lokalizacja: bud 7B, niski parter, wymiar okna: brak. Długość linii instalacji elektrycznej od rozdzielni do jednostki wew.: ok. 32 mb, freonowej ok. 12 mb, jednostka wewnętrzna w kolorze czarnym

**II . Część do wypełnienia przez przystępującego do postępowania:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | Nazwa urządzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **2** | Typ urządzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **3** | Producent |   |
|
|

*Wpisać*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4** | Rok produkcjiUrządzenie fabrycznie nowe nie rekondycjonowane | - Rok produkcji: ………………………………………………….- Urządzenie/a fabrycznie nowe nie rekondycjonowane (Tak/Nie – wpisać): …………………………………………………. |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **5** | Kraj pochodzenia urządzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |

**6. Warunki gwarancji i serwisu wymagane przez użytkownika, oferta cenowa**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA****( podać, opisać )** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Autoryzowany serwis gwarancyjny | *TAK(wpisać pełne dane kontaktowe adres i techniczne środki łączności, nr tel., e-mail. )* |   |
| 2 | Długość udzielanej gwarancji **24 miesiące.** | TAK  |   |
| 3 | Cena całkowita - ostateczna oferowanego przedmiotu zamówienia (wraz z usługą serwisową w czasie trwania gwarancji) |  | **Cena w PLN:**Netto: ……………………………Stawka VAT w %: ……………..Wartość stawki VAT: …………..Brutto: …………………………… |

*Wpisać*

**7.Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **Parametry graniczne** | Parametry oferowane( podać, opisać ). Należy szczegółowo opisać każdy oferowany parametr urządzenia/sprzętu |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Chłodzenie | TAK |  |
|  | Grzanie | TAK |  |
|  | Klasa energetyczna A+ | TAK |  |
|  | Praca w trybie cichym  | TAK |  |
|  | Wersja inwerter | TAK |  |
|  | Oznakowanie CE | TAK |  |
|  | Atest PHZ | TAK |  |
|  | Filtr antyalergiczny | TAK |  |
|  | Filtr antybakteryjny | TAK |  |
|  | Funkcja osuszania wymiennika | TAK |  |
|  | Moc chłodnicza nie mniejsza niż 3,5 kW | TAK |  |

 *Wpisać*

###### **Klimatyzator ścienny wraz z podłączeniem oraz serwisem w czasie trwania gwarancji dla Działu Logistyki - 1 szt.**

Korytarz komunikacyjny 88 m3, lokalizacja: bud 7B, niski parter, wymiar okna: brak Długość linii instalacji elektrycznej od rozdzielni do jednostki wew.: ok. 45 mb, freonowej ok. 12 mb, jednostka wewnętrzna w kolorze czarnym

**II . Część do wypełnienia przez przystępującego do postępowania:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | Nazwa urządzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **2** | Typ urządzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **3** | Producent |   |
|
|

*Wpisać*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4** | Rok produkcjiUrządzenie fabrycznie nowe nie rekondycjonowane | - Rok produkcji: ………………………………………………….- Urządzenie/a fabrycznie nowe nie rekondycjonowane (Tak/Nie – wpisać): …………………………………………………. |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **5** | Kraj pochodzenia urządzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |

**6. Warunki gwarancji i serwisu wymagane przez użytkownika, oferta cenowa**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA****( podać, opisać )** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Autoryzowany serwis gwarancyjny | *TAK(wpisać pełne dane kontaktowe adres i techniczne środki łączności, nr tel., e-mail. )* |   |
| 2 | Długość udzielanej gwarancji **24 miesiące.** | TAK  |   |
| 3 | Cena całkowita - ostateczna oferowanego przedmiotu zamówienia (wraz z usługą serwisową w czasie trwania gwarancji) |  | **Cena w PLN:**Netto: ……………………………Stawka VAT w %: ……………..Wartość stawki VAT: …………..Brutto: …………………………… |

*Wpisać*

**7.Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **Parametry graniczne** | Parametry oferowane( podać, opisać ). Należy szczegółowo opisać każdy oferowany parametr urządzenia/sprzętu |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Chłodzenie | TAK |  |
|  | Grzanie | TAK |  |
|  | Klasa energetyczna A+ | TAK |  |
|  | Praca w trybie cichym  | TAK |  |
|  | Wersja inwerter | TAK |  |
|  | Oznakowanie CE | TAK |  |
|  | Atest PHZ | TAK |  |
|  | Filtr antyalergiczny | TAK |  |
|  | Filtr antybakteryjny | TAK |  |
|  | Funkcja osuszania wymiennika | TAK |  |
|  | Moc chłodnicza nie mniejsza niż 3,5 kW | TAK |  |

 *Wpisać*

###### **Klimatyzator ścienny wraz z podłączeniem oraz serwisem w czasie trwania gwarancji dla Działu koordynacji Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej - 1 szt.**

Pomieszczenie rejestracji, kubatura pomieszczenia 16,5 m3, lokalizacja: bud 7A, parter, wymiar okna: 2,1m x 1,7m. Długość linii instalacji elektrycznej od rozdzielni do jednostki wew.: ok. 15 mb, freonowej ok. 4 mb

**II . Część do wypełnienia przez przystępującego do postępowania:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | Nazwa urządzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **2** | Typ urządzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **3** | Producent |   |
|
|

*Wpisać*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4** | Rok produkcjiUrządzenie fabrycznie nowe nie rekondycjonowane | - Rok produkcji: ………………………………………………….- Urządzenie/a fabrycznie nowe nie rekondycjonowane (Tak/Nie – wpisać): …………………………………………………. |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **5** | Kraj pochodzenia urządzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |

**6. Warunki gwarancji i serwisu wymagane przez użytkownika, oferta cenowa**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA****( podać, opisać )** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Autoryzowany serwis gwarancyjny | *TAK(wpisać pełne dane kontaktowe adres i techniczne środki łączności, nr tel., e-mail. )* |   |
| 2 | Długość udzielanej gwarancji **24 miesiące.** | TAK  |   |
| 3 | Cena całkowita - ostateczna oferowanego przedmiotu zamówienia (wraz z usługą serwisową w czasie trwania gwarancji) |  | **Cena w PLN:**Netto: ……………………………Stawka VAT w %: ……………..Wartość stawki VAT: …………..Brutto: …………………………… |

*Wpisać*

**7.Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **Parametry graniczne** | Parametry oferowane( podać, opisać ). Należy szczegółowo opisać każdy oferowany parametr urządzenia/sprzętu |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Chłodzenie | TAK |  |
|  | Grzanie | TAK |  |
|  | Klasa energetyczna A+ | TAK |  |
|  | Praca w trybie cichym  | TAK |  |
|  | Wersja inwerter | TAK |  |
|  | Oznakowanie CE | TAK |  |
|  | Atest PHZ | TAK |  |
|  | Filtr antyalergiczny | TAK |  |
|  | Filtr antybakteryjny | TAK |  |
|  | Funkcja osuszania wymiennika | TAK |  |
|  | Moc chłodnicza nie mniejsza niż 2,5 kW | TAK |  |

 *Wpisać*

###### **Klimatyzator ścienny wraz z podłączeniem oraz serwisem w czasie trwania gwarancji dla POZ - 1 szt.**

Pomieszczenie rejestracji, kubatura pomieszczenia 37,5 m3, lokalizacja: bud 1D, parter, wymiar okna: 2,1m x 1,7m. Długość linii instalacji elektrycznej od rozdzielni do jednostki wew.: ok. 15 mb, freonowej ok. 7 mb

**II . Część do wypełnienia przez przystępującego do postępowania:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | Nazwa urządzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **2** | Typ urządzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **3** | Producent |   |
|
|

*Wpisać*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4** | Rok produkcjiUrządzenie fabrycznie nowe nie rekondycjonowane | - Rok produkcji: ………………………………………………….- Urządzenie/a fabrycznie nowe nie rekondycjonowane (Tak/Nie – wpisać): …………………………………………………. |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **5** | Kraj pochodzenia urządzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |

**6. Warunki gwarancji i serwisu wymagane przez użytkownika, oferta cenowa**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA****( podać, opisać )** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Autoryzowany serwis gwarancyjny | *TAK(wpisać pełne dane kontaktowe adres i techniczne środki łączności, nr tel., e-mail. )* |   |
| 2 | Długość udzielanej gwarancji **24 miesiące.**  | TAK  |   |
| 3 | Cena całkowita - ostateczna oferowanego przedmiotu zamówienia (wraz z usługą serwisową w czasie trwania gwarancji) |  | **Cena w PLN:**Netto: ……………………………Stawka VAT w %: ……………..Wartość stawki VAT: …………..Brutto: …………………………… |

*Wpisać*

**7.Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **Parametry graniczne** | Parametry oferowane( podać, opisać ). Należy szczegółowo opisać każdy oferowany parametr urządzenia/sprzętu |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Chłodzenie | TAK |  |
|  | Grzanie | TAK |  |
|  | Klasa energetyczna A+ | TAK |  |
|  | Praca w trybie cichym  | TAK |  |
|  | Wersja inwerter | TAK |  |
|  | Oznakowanie CE | TAK |  |
|  | Atest PHZ | TAK |  |
|  | Filtr antyalergiczny | TAK |  |
|  | Filtr antybakteryjny | TAK |  |
|  | Funkcja osuszania wymiennika | TAK |  |
|  | Moc chłodnicza nie mniejsza niż 2,5 kW | TAK |  |

 *Wpisać*

###### **Klimatyzator ścienny wraz z podłączeniem oraz serwisem w czasie trwania gwarancji dla Kliniki Kardiologii - 1 szt.**

Pomieszczenie rejestracji, kubatura pomieszczenia 52 m3, lokalizacja: bud 7A, parter, wymiar okna: 2,1m x 1,7m. Długość linii instalacji elektrycznej od rozdzielni do jednostki wew.: ok. 5 mb, freonowej ok. 7 mb

**II . Część do wypełnienia przez przystępującego do postępowania:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | Nazwa urządzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **2** | Typ urządzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **3** | Producent |   |
|
|

*Wpisać*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4** | Rok produkcjiUrządzenie fabrycznie nowe nie rekondycjonowane | - Rok produkcji: ………………………………………………….- Urządzenie/a fabrycznie nowe nie rekondycjonowane (Tak/Nie – wpisać): …………………………………………………. |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **5** | Kraj pochodzenia urządzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |

**6. Warunki gwarancji i serwisu wymagane przez użytkownika, oferta cenowa**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA****( podać, opisać )** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Autoryzowany serwis gwarancyjny | *TAK(wpisać pełne dane kontaktowe adres i techniczne środki łączności, nr tel., e-mail. )* |   |
| 2 | Długość udzielanej gwarancji **24 miesiące**.  | TAK  |   |
| 3 | Cena całkowita - ostateczna oferowanego przedmiotu zamówienia (wraz z usługą serwisową w czasie trwania gwarancji) |  | **Cena w PLN:**Netto: ……………………………Stawka VAT w %: ……………..Wartość stawki VAT: …………..Brutto: …………………………… |

*Wpisać*

**7.Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **Parametry graniczne** | Parametry oferowane( podać, opisać ). Należy szczegółowo opisać każdy oferowany parametr urządzenia/sprzętu |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Chłodzenie | TAK |  |
|  | Grzanie | TAK |  |
|  | Klasa energetyczna A+ | TAK |  |
|  | Praca w trybie cichym  | TAK |  |
|  | Wersja inwerter | TAK |  |
|  | Oznakowanie CE | TAK |  |
|  | Atest PHZ | TAK |  |
|  | Filtr antyalergiczny | TAK |  |
|  | Filtr antybakteryjny | TAK |  |
|  | Funkcja osuszania wymiennika | TAK |  |
|  | Moc chłodnicza nie mniejsza niż 2,5 kW | TAK |  |

 *Wpisać*

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Dodatkowe informacje oraz wymóg czynności związanych z dostawą i montażem klimatyzatorów:**

|  |  |
| --- | --- |
| Czynność | Potwierdzenie (należy potwierdzić wpisując „Akceptuję”) |
| 1. Klimatyzatory należy zamontować w użytkowanych pomieszczeniach.
 |  |
| 1. Dostarczenie dokumentacji dotyczącej zamontowanego urządzenia do Działu Technicznego (dtr, instrukcje, nr seryjne itp.).
 |  |
| 1. Okres gwarancji na klimatyzator/agregat - 24 miesiące.
 |  |
| 1. Wykonanie bezpłatnego serwisu i przeglądu w okresie gwarancyjnym (dwa razy w roku co 180 dni).
 |  |
| 1. Miejsce po zamontowaniu klimatyzatora należy doprowadzić do stanu pierwotnego (odtworzenie tynków, malowanie itp.).
 |  |
| 1. Wszelkie konieczne do wykonania otwory, przewierty, przepusty przez dach, nacięcia sufitów podwieszanych , osadzanie rewizji po stronie wykonawcy – konieczna wizja.
 |  |
| 1. Instalacja freonowa w obrębie pomieszczeń prowadzona musi być w korytkach instalacyjny i strefie sufitów podwieszanych.
 |  |
| 1. Agregaty chłodnicze zamontowane będą na dachu budynku lub na jego ścianach. Należy uwzględnić odpowiednie odległości od okien i innych istniejących urządzeń – konieczna wizja na obiekcie.
 |  |
| 1. Instalację elektryczną zasilającą klimatyzator z jednostki zew. i wew. należy doprowadzić do rozdzielni elektrycznej wskazanej przez Użytkownika, łącznie z zamontowaniem w niej zabezpieczenia różnicowo-nadprądowego.
 |  |

*Wpisać*