**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):**

**ZAMAWIAJĄCY PRZYPOMINA, ŻE NIE DOPUSZCZA W POSTEPOWANIU NR LI/5503/01/2025 DO SKŁADANIA OFERT CZĘŚCIOWYCH, TJ. NA POSZCZEGÓLNE ELEMENTY PAKIETU NR I.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Parametr graniczny** | **Opis oferowanego parametru** |
| **PAKIET I – Aparat RTG przyłóżkowy analogowy** | **CPV: 33111000-1** |
| 1 | nazwa produktu | podać |   |
| 2 | numer katalogowy produktu lub grupy | podać |   |
| 3 | producent | podać |   |
| 4 | produkt fabrycznie nowy, nie demonstracyjny, nie powystawowy, rok produkcji, min. 2024 | TAK |   |
| 5 | aparat RTG przyłóżkowy, analogowy, jezdny | TAK |   |
| **Generator** |
| 6 | typ generatora: HF | TAK |   |
| 7 | częstotliwość generatora, min. 100 kHz | TAK, podać |   |
| 8 | zasilanie 1x230V, 50Hz z gniazda sieciowego ściennego 16A  | TAK |   |
| 9 | moc generatora, min. 30 kW  | TAK, podać |   |
| 10 | zakres napięcia, min. 40-125kV  | TAK, podać |   |
| 11 | nastawa mAs w zakresie, min. 0,2-220 mAs | TAK, podać |   |
| 12 | nastawa mA w zakresie, min 10-420 mA | TAK, podać |   |
| 13 | minimalny czas ekspozycji ≤ 2 ms  | TAK, podać |   |
| 14 | wybór technik: 2 i 3 punktowa | TAK |   |
| 15 | dwustopniowy włącznik ekspozycji | TAK |   |
| 16 | ręczna nastawa parametrów ekspozycji | TAK |   |
| 17 | pomiar dawki DAP | TAK |   |
|  **Lampa rentgenowska**  |
| 18 | wymiary ogniska:- małe ≤ 0,6 mm- duże ≤ 1,3 mm | TAK, podać |   |
| 19 | szybkość wirowania anody, min. 3000 obr./min | TAK, podać |   |
| 20 | pojemność cieplna anody, min. 110 kHU | TAK, podać |   |
| 21 | szybkość chłodzenia anody, min. 24 kHU/min | TAK, podać |   |
| 22 | kolimator obrotowy min. +/- 90° | TAK, podać |   |
| 23 | zabezpieczenie lampy przed przegrzaniem  | TAK |   |
| **Dodatkowe** |
| 24 | waga aparatu, max. 180 kg | TAK, podać |   |
| 25 | dodatkowa filtracja dla zdjęć pediatrycznych | TAK, podać |  |
| 26 | wielkość obszaru zdjęciowego przy odl. ognisko – film 1 m: min. 43 cm x 43 cm | TAK, podać |   |
| 27 | długość kabla zasilającego, min. 4 [m] | TAK, podać |   |
| 28 | pojemnik na kasety | TAK |   |
| 29 | całkowita szerokość aparatu, max. 650 [mm] | TAK, podać |   |
| 30 | szybkość wirowania anody, min. 3000 obr./min | TAK, podać |   |
| 31 | pojemność cieplna anody, min. 110 kHU | TAK, podać |   |
| 32 | szybkość chłodzenia anody, min. 24 kHU/min | TAK, podać |   |
| 33 | kolimator obrotowy min. +/- 90° | TAK, podać |   |
| 34 | zabezpieczenie lampy przed przegrzaniem  | TAK |   |
| **Warunki gwarancji i serwisu** |
| 35 | okres gwarancji od daty podpisania protokołu odbioru, min. 24 [mies.] | TAK, podać |   |
| 36 | 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 przeglądu  | TAK, podać |   |
| 37 | gwarantowany czas przystąpienia do naprawy, max. 72 [h] od zgłoszenia konieczności naprawy | TAK, podać |   |
| 38 | gwarantowany czas naprawy, max. 10 dni od daty zgłoszenia konieczności naprawy | TAK, podać |   |
| 39 | nazwa serwisu, adres, nr telefonu i faksu, osoba kontaktowa | podać |   |
| **Inne** |
| 40 | szkolenie personelu z obsługi (miejsce: siedziba Zamawiającego, czas i ilość osób: do ustalenia przed szkoleniem) | TAK |   |
| 41 | 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 |   |
| 42 | wszelkie czynności i koszty związane z dostarczeniem, wniesieniem, montażem, uruchomieniem oferowanego w pakiecie przedmiotu zamówienia leżą po stronie Wykonawcy | TAK |   |
| 43 | **Wykonawca dostarczy najpóźniej w dniu podpisania protokołu odbioru**: - instrukcję obsługi do oferowanego aparatu RTG w języku polskim w formie papierowej (2 egzemplarze) - dostarczyć do miejsca instalacji,- instrukcję obsługi do oferowanego aparatu RTG w języku polskim w formie elektronicznej - dostarczyć do Działu Inżynierii Klinicznej Szpitala,- dokumentację techniczną aparatu RTG w języku polskim w formie elektronicznej - dostarczyć do Działu Inżynierii Klinicznej Szpitala,- dane charakteryzujące oferowane urządzenie radiologiczne zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie informacji zawartych w Krajowej Bazie Urządzeń Radiologicznych - Dz. U. 1959 z 2021 r w formie wypełnionego dokumentu - dostarczyć do Działu Inżynierii Klinicznej Szpitala.- wpis do rejestru wyrobów medycznych dla oferowanego modelu aparatu RTG, stosowne: deklarację zgodności CE lub certyfikaty CE | TAK |   |
| 44 | **Wykonawca, po dokonanej instalacji,** do 5 dni od daty podpisania protokołu odbioru**:-** na własny koszt i we własnym zakresie wykona lub zleci wykonanie uprawnionemu podmiotowi oraz **dostarczy sprawozdania** z: testów podstawowych, odbiorczych, testów specjalistycznych dostarczonego aparatu RTG - zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2022 r., w sprawie testów eksploatacyjnych urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych - Dz.U.2022 poz.2759,- na własny koszt i we własnym zakresie wykona lub zleci wykonanie uprawnionemu podmiotowi oraz **dostarczy sprawozdanie** z pomiarów dozymetrycznych rozkładu mocy dawki, wykonane co 1 m i dostarczy je do Działu Inżynierii Klinicznej Szpitala.  | TAK |   |

**Załącznik nr 2 – Formularz cenowy**

**Pakiet I**

**ZAMAWIAJĄCY PRZYPOMINA, ŻE NIE DOPUSZCZA W POSTEPOWANIU NR LI/5503/01/2025 DO SKŁADANIA OFERT CZĘŚCIOWYCH, TJ. NA POSZCZEGÓLNE ELEMENTY PAKIETU NR I.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilość szt. | Cena jednostkowa netto [PLN] | Stawka podatku VAT [%] | Wartość brutto [PLN] |
| 1 | Aparat RTG przyłóżkowy analogowy | 1 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | **Suma** |  |

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

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

(miejscowość, data, czytelny podpis Przedstawiciela Oferenta)