|  |
| --- |
| **ZAŁĄZAŁĄCZNIK NR 2.** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**Pakiet nr 1 (CPV: 33157400-9 Medyczna aparatura oddechowa)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Spirometr | 2 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

**Pakiet nr 2 (CPV:** 33157400-9 Medyczna aparatura oddechowa)

|  |
| --- |
|  |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Inhalator ultradźwiękowy | 2 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

**Pakiet nr 3 (CPV:** 33150000-6 Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Stół do masażu z podłokietnikami | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

**Pakiet nr 4 (CPV:** 33195000-3 System monitorowania pacjentów; 37441100-2 Bieżnie mechaniczne)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Cykloergometr rowerowy do monitoringu | 1 |  |  |  |  |
| 2 | System do monitorowania treningów | 1 |  |  |  |  |
| 3 | Bieżnia | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

**Pakiet nr 5 (CPV:** 37441300-4 Rowery stacjonarne)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Rower hybrydowy | 3 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

**Pakiet nr 6 (CPV:** 33150000-6 Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Wanna do hydromasażu | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

**Pakiet nr 7 (CPV:** 33150000-6 Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Stoły rehab.(zagłówek krótki) | 3 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

**Pakiet nr 8 (CPV:** 33150000-6 Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Stół drenażowy | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

**Pakiet nr 9 (CPV:** 33100000-1 Urządzenia medyczne)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Diatermia krótkofalowa z dwoma ramionami | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

**Pakiet nr 10 (CPV:** 33100000-1 Urządzenia medyczne)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Zamrażarka głębokiego mrożenia | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

**Pakiet nr 11 (CPV:** 33100000-1 Urządzenia medyczne)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Skaner do wykrywania żył | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

**Pakiet nr 12 (CPV** 38423000-6 Urządzenia do pomiaru ciśnienia)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Holter ciśnieniowy | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

**Pakiet nr 13 (CPV:** 33182100-0 Defibrylatory**)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Defibrylator | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

**Pakiet nr 14 (CPV:** 3 39330000-4 Urządzenia dezynfekujące**)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Płuczko dezynfekator | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

**Pakiet nr 15 (CPV:** 3 39330000-4 Urządzenia dezynfekujące**)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Zamgławiacze | 4 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

**Pakiet nr 16 (CPV:** 3 39330000-4 Urządzenia dezynfekujące**)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Lampy bakteriobójcze | 5 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

**Pakiet nr 17 (CPV:** 33112340-3 Echokardiografy**)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Echokardiograf | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

**Pakiet nr 18 (CPV:** 33192000-2 Meble medyczne

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Łóżko wielofunkcyjne z wieszakiem dwuramiennym do kroplówki, wysięgnik z uchwytem owalnym oraz materacem w pokrowcu zmywalnym | 2 |  |  |  |  |
| 2 | Stojak do kroplówek na kółkach | 10 |  |  |  |  |
| 3 | Szafka przyłóżkowa bez blatu bocznego | 7 |  |  |  |  |
| 4 | Szafka przyłóżkowa bez blatu bocznego | 6 |  |  |  |  |
| 5 | Stolik do rozwożenia leków | 2 |  |  |  |  |
| 6 | Stanowisko do pobierania krwi | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

Cena musi obejmować:

1. pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);
2. wartość przedmiotu zamówienia dla całego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;
3. podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;
4. wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do lokalizacji Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;
5. oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 3.5** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 5** Rower hybrydowy

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***l.p.*** | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany*** | ***Parametr oferowany*** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2020 lub nowszy |  |
| 5 | Zamawiana ilość | *3 szt.* |  |
|  | ***Wymagania ogólne*** | ***Parametr wymagany***  ***i wskazany do oceny*** | ***Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE*** |
| 1 | Duża czytelna konsola | TAK |  |
| 2 | Wygodne i ergonomiczne siedzisko - oparcie i podłokietniki | TAK |  |
| 3 | 23-25 poziomów ustawień siodełka | TAK |  |
| 4 | Nie mniej niż 30 poziomów oporu | TAK |  |
| 5 | Maksymalna waga użytkownika: 182 kg | TAK |  |
| 6\* | Wymiary maksymalne 170 x 74 x 140 cm | TAK |  |
| 7 | Waga urządzenia do 96,3 kg | TAK |  |
| 8 | Deklaracja zgodności i certyfikat CE (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) na urządzenie i akcesoria pomocnicze | TAK |  |
| 9 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 10 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |
| **Po odpowiedziach na pytania** | | | |
| 1) | Rower poziomy (hybrydowy) z wygodnym siedziskiem - oparcie i podłokietniki.. Klasa S, max. 170 długość  Opór w zakresie 30 poziomów jest wymagany ze względu na przebieg toku rehabilitacji z pacjentami o różnym stopniu sprawności. | | |
| 2) | zamawiający dopuszcza:  **1** 23 poziomy regulacji siodełka zamiast 25 poziomów ustawień siedziska. **2.** Wymiary urządzenia 147x65x159 cm zamiast 147x74x140 cm. **3**. Wagę urządzenia 96,3 kg zamiast 85 kg? | | |

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 3.15** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 15** – **Zamgławiacze**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany*** | ***Parametr oferowany*** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2020 lub nowszy |  |
| 5 | Ilość | 4 szt. |  |
| 6 | Wykaz środków eksploatacyjnych | Podać |  |
|  | ***Wymagania ogólne*** | ***Parametr wymagany  i wskazany do oceny*** | ***Opis oferowanego parametru ze wskazaniem  spełnienia warunku TAK/NIE*** |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | |
| 1 | powierzchnia dezynfekcji: do 1000m3 | TAK |  |
| 2 | opóźnienie startu: TAK (30 sek.) | TAK |  |
| 3 | rotacja urządzenia / dyszy (z możliwością wyłączenia): TAK | TAK |  |
| ~~4~~ | ~~regulowana prędkość obrotowa: TAK~~ | ~~TAK~~ | Zamawiający rezygnuje z regulowanej prędkości obrotowej i wykreśla pkt 4 |
| 5 | prędkość wyrzutu: 80 m/s (prędkość średnia +/- 5 ms) | TAK |  |
| 6 | napięcie zasilania: 230V | TAK |  |
| 7 | moc: 1300W | TAK |  |
| 8 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |
| **Po odpowiedziach na pytania** | | | |
| 1) | Zamawiający dopuszcza urządzenie bez rotacji urządzenia/dyszy i regulowanej prędkości obrotów. Oferowane przez nas urządzenie wraz ze środkiem, jest przebadane pod kątem biobójczości oraz spełnia normę PN-EN 17 272. Mgła roztworu biobójczego jest wprawiana w ruch wirowy, co przekłada się na skuteczną penetrację pomieszczenia i zwiększa lotność cząsteczek preparatu biobójczego (osiągnięcie skuteczności dezynfekcji nie wymaga stosowania dysz obrotowych ze względu na zastosowane rozwiązania techniczne). Możliwość weryfikacji zamgławiania paskami testowymi. Urządzenie posiada również atest higieniczny PZH-NIZP.  Urządzenie spełnia pozostałe wymagania Zamawiającego | | |
|  | Zamawiający nie wymaga, ale dopuszcza aby zaoferowane urządzenia spełniały wymagania prawne obowiązujące w Polsce, a zwłaszcza, aby ich konstrukcja i działanie były zgodne z wymogami normy PN-EN ISO 17272:2020 | | |
|  | Zamawiający dopuszcza środek dezynfekcyjny stosowany w zaoferowanym urządzeniu ma być produktem biobójczym i jako taki ma być zrejestrowany w URPL, WM i PB. | | |
|  | Zamawiający wymaga urządzenia, które posiada opcję rotacji urządzenia/ dyszy z możliwością wyłączenia. Urządzenia takie daje możliwość dezynfekcji np. dwóch pomieszczeń jednocześnie ustawiające je w przejściu | | |
|  | Zamawiający dopuszcza urządzenie rozpoczynające automatyczną dezynfekcję po 15 sekundach od włączenia? Oferowane urządzenia posiada funkcję timera z możliwością opóźnienia czasu rozpoczęcia procesu dezynfekcji do 24 godzin | | |
|  | Zamawiający dopuszcza zgodnie z polskim prawem aby środki dezynfekcyjne przeznaczone do urządzenia posiadały pozwolenie na obrót jako produkt biobójczy wydane przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych posiadające ważność min. do 2024r. oraz potwierdzające pełne spektrum bójcze (skuteczność wobec baterii, grzybów, wirusów, spor) | | |
|  | Zamawiający dopuszcza aby urządzenie wyposażone było w dotykowy panel z diodami LED umożliwiający wygodny wybór kubatury dezynfekowanego pomieszczenia | | |
|  | Zamawiający dopuszcza aby środki dezynfekcyjne dedykowane do urządzenia do dezynfekcji posiadały dopuszczenie do stosowania w obszarze medycznym i było to potwierdzone w rejestracji biobójczej | | |
|  | Zamawiający dopuszcza aby system do dezynfekcji pomieszczeń (urządzenie + środek) posiadał potwierdzoną badaniami skuteczność zgodnie z normą NFT 72-281 (2014) lub PN-EN-17272 (2020) | | |
|  | Zamawiający nie wymaga, ale dopuszcza aby urządzenie posiadało możliwość podłączenia elastycznego węża do dezynfekcji klimatyzacji/przewodów wentylacyjnych, miejsc trudnodostępnych | | |
|  | Zamawiający dopuszcza, aby urządzenie miało możliwość odczytu parametrów dezynfekcji (data, godzina rozpoczęcia, godzina zakończenia) oraz późniejszego ich wydruku, celem potwierdzenia przeprowadzonej dezynfekcji | | |
|  | Zamawiający wyraża zgodę na zaoferowanie urządzenia o poniższych parametrach:  Urządzenie do dekontaminacji roztworem H2O2, które zamgławia powietrze mikroskopijnymi cząsteczkami nadtlenku wodoru. Zapewnia stężenie do 5 ml/m3, czyli do poziomu skutecznie zwalczającego wirusa COVID. Budowa oraz sposób podłączenia butelek z gotowym środkiem dezynfekcyjnym NT-OXY ułatwiają przenoszenie urządzenia. Wydajność dekontaminatora pozwala na jego wykorzystanie również w dużych pomieszczeniach, np. w salach szpitalnych lub dużych salach operacyjnych. Parametry urządzenia:  • wysoka skuteczność biobójcza, zwalczanie najgroźniejszych drobnoustrojów,  • duża wydajność przy kompaktowych rozmiarach i niewielkiej wadze,  • łatwość obsługi, programowania procesu i archiwizacji danych,  • zgodność z normami ISO 13485:2016; EN 60601-1-2:2013/2015 CE,  • wyprodukowany w UE, serwisowany w Polsce.  • regulowane stężenie środka: 0,5-5 ml/m3,  • wielkość cząstek: <5 μm,  • maksymalna kubatura dezynfekowanego pomieszczenia: 4000 m3,  • czas dekontaminacji: 1 h,  • wymiary: 430 x 420 x 380 mm,  • waga: 7,1 kg. | | |

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/