

MODYFIKACJA II

**Formularz oferty**

Sprawa: DAM-2416-24/2024

**I. Nazwa i adres Zamawiającego:**

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w Szczecinie, ul. Unii Lubelskiej 1, 71-252 Szczecin

**II. Nazwa przedmiotu zamówienia:**

**Dostawa foteli do wlewów – 5 sztuk**

Tabela 1. Parametry techniczne oferowanego urządzenia

L.P.	NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - DANE TECHNICZNE	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY
	<b>NAZWA PRODUKTU</b>	podać	
	<b>TYP</b>	podać	
	<b>NR KATALOGOWY</b>	podać	
	<b>NAZWA PRODUCENTA</b>	podać	
	<b>KRAJ POCHODZENIA PRODUKTU</b>	podać	
<b>I</b>	<b>Fotel do wlewów</b>	TAK, podać	
1.	Fotel wielofunkcyjny przeznaczony do podawania cytostatyków/preparatów w ramach leczenia biologicznego, z elektryczną regulacją nachylenia segmentu pleców, nachylenia segmentu siedziska, nachylenia Trendelenburga	TAK, podać	
2.	Długość leża: 2130 mm (± 30 mm) Szerokość leża 600 mm (± 50 mm) <b>lub leże o szerokości 650 mm oraz segment pleców o szerokości 665 mm lub poszerzony segment pleców o szerokości 730 mm</b>	TAK, podać	
3.	Przewodowy panel sterowania regulujący: - Kąt nachylenia segmentu pleców, - Kąt nachylenia siedziska, - Wysokość, - Kąt nachylenia segmentu nożnego - Regulacja położenia podnóżka - Funkcja antyszokowa/Trendelenburga uzyskiwana za pomocą jednego przycisku, - Pozycja fotelowa uzyskiwana za pomocą jednego przycisku. - Pozycja horyzontalna uzyskiwana za pomocą jednego przycisku	TAK, podać	
4.	Panel sterowania z funkcjami: - zabezpieczenie przed przypadkowym uruchomieniem poprzez konieczność wciśnięcia przycisku aktywującego sterowanie lub poprzez zwolnienie blokady w postaci przekręcanego mechanizmu blokującego <b>lub poprzez przyłożenie kluczyka magnetycznego.</b> - przycisk wyłączający sterowanie oznaczony np. <b>STOP lub przycisk wyłączający sterowanie w kolorze czerwonym znajdujący się bezpośrednio pod krawędzią siedziska</b> - sygnalizacja diodowa informująca o podłączeniu do sieci i/lub o pracy siłownika realizującego zadaną funkcję, - przycisk blokujący panel sterowania <b>lub blokada</b>	TAK, podać	

	panelu za pomocą kluczyka magnetycznego lub w postaci przekręcanego mechanizmu blokującego.		
5.	Elektryczna regulacja wysokości w zakresie: min. 590 mm do 810 mm	TAK	
6.	Regulacja nachylenia oparcia pleców w zakresie: – 17° (± 10°) do + 70° (± 10°) uzyskiwana za pomocą siłownika elektrycznego sterowanego panelem centralnym	TAK	
7.	Regulacja segmentu siedziska w zakresie: Od 0° do -17° (+/- 8° – tolerancja dotyczy parametru -17°) uzyskiwana za pomocą siłownika elektrycznego sterowanego panelem centralnym	TAK	
8.	Regulacja przechyłu Trendelenburga dokonywana jednym wyraźnie oznakowanym przyciskiem (np. kolorem czerwonym): 17° (± 10°) (lub wartość dla kąta ujemnego -17° (± 10°)) uzyskiwana za pomocą siłowników elektrycznych sterowanych panelem centralnym	TAK	
9.	Fotel przejezdny, koła z centralną blokadą. Dźwignie blokady centralnej wyłącznie w narożnikach od strony pleców, umieszczone przy kołach.	TAK	
10.	Bezszwowa tapicerka wykonana ze skaju bez zawartości lateksu lub z tapicerką z przeszyciami jedynie na obrzeżach wykonanej ze sztucznej skóry bez zawartości lateksu i ftalanów, potwierdzone stosownym dokumentem. Do wyboru kolor tapicerki, min. 4 propozycje (podać). Segment nożny i siedziska tapicerowane jednocześnie pokryciem. Segment nożny wyposażony w tworzywowy podnóżek lub podnóżek z płyty typu HPL pokryty gumową osłoną, regulowany elektrycznie z funkcją przybliżenia lub oddalenia od pacjenta.	TAK	
11.	Fotel wyposażony w dwa podłokietniki.	TAK	
12.	Konstrukcja fotela kolumnowa umożliwiająca skuteczną dezynfekcję i zapobieganie zakażeniom szpitalnym. Tylna część segmentu osłonięta tworzywową pokrywą o gładkich powierzchniach lub tapicerowany, profilowany i poszerzony segment pleców osłonięty od tyłu płytą HPL.	TAK	
13.	Możliwość ułożenia pacjenta w pozycji horyzontalnej – wykorzystanie fotela jako łóżko do krótkiego pobytu	TAK	
14.	Wyposażenie: - Dwa tworzywowe, wytłoczone w listwie odbojowej uchwyty do prowadzenia fotela, zlokalizowane przy segmencie pleców lub uchwyty tworzywowe lub metalowe do prowadzenia fotela – elementy zlokalizowane w segmencie oparcia pleców. - podłokietniki posiadające metalowe uchwyty na pilot przewodowy lub uchwyty na pilota zintegrowane z podstawą podłokietnika w formie wyfrezowanego oka do zawieszenia pilota w płycie HPL - osłona podłokietnika z tworzywa typu PCV – 2 szt.	TAK	
15.	Fotel wyposażony w akumulator	TAK	
<b>II</b>	<b>Parametry techniczne punktowane</b>	<b>Punktacja</b>	

1.	Leże oparte na min. 2 kolumnach o przekroju koła lub kolumnie o przekroju kwadratowym:	- Leże oparte na 2 kolumnach – 10 pkt - Leże oparte na ≥ 3 kolumnach – 0 pkt Leże oparte na kolumnie kwadratowej – 0 pkt.	
2.	Ostona kolumn i podstawy:	Podstawa wyposażona w ostonę na całej długości oraz ostony kolumn – 10 pkt Ostonięte tylko miejsca montażu kolumn – 0 pkt	
3	Minimalne obciążenie robocze min. 180 kg	180 kg – =200 kg – 0 pkt >200 – 10 pkt	
4	Koła tworzywowe o średnicy min. 100 mm.	Średnica =100 mm – =140 mm – 0 pkt, >140 mm – 10 pkt.	
5	Osobna sygnalizacja diodowa ładowania akumulatora	TAK – 5 pkt NIE – 0 pkt	

Zakres obejmuje dostawę:  
Fotel do wlewów – 5 sztuk

Miejsce dostawy, instalacji i uruchomienia: Klinika Chorób Wewnętrznych, Reumatologii, Diabetologii, Geriatrii i Immunologii Klinicznej z Oddziałem Gastroenterologii Police

WARUNKI DOSTAWY I SERWISU GWARANCYJNEGO		Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Rok produkcji oferowanych urządzeń – 2024.	TAK - podać	
2.	Oświadczam, że oferowane produkty są fabrycznie nowe, kompletne i będą po zainstalowaniu gotowe do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).	Potwierdzić	
3.	Okres gwarancji jakości ( gwarancja) min. 24 max. 60 miesięcy od daty podpisania protokołu odbioru.	TAK, podać okres gwarancji	
4.	Dostawa montaż i instalacja urządzeń / sprzętów przez upoważnionego pracownika Wykonawcy w miejscu wskazanym przez Zamawiającego .	TAK - potwierdzić	
5.	W okresie gwarancji obowiązkowo dokonać nieodpłatnie przeglądy techniczne (nie mniej niż wynika z zaleceń i wskazań producenta, ostatni przegląd na koniec okresu gwarancyjnego); przeglądy każdorazowo potwierdzone raportem serwisowym określającym szczegółowy zakres wykonanych czynności.	TAK, podać ilość i częstotliwość przeglądów	
6.	Szczegółowy zakres przeglądów urządzeń medycznych	Wypisać zakres	
7.	W okresie gwarancji, po wykonaniu max. 3 napraw gwarancyjnych tego samego podzespołu / urządzenia wymaga się wymiany tego podzespołu / urządzenia na nowe.	TAK - potwierdzić	
8.	Czas naprawy urządzenia wynosi max. 5 dni od zgłoszenia e-mailem, faxem bądź telefonicznie na wskazany numer (dotyczy dni roboczych). Termin może ulec wydłużeniu o czas niezbędny	TAK - potwierdzić	

	do sprowadzenia uszkodzonego elementu, jednak nie dłużej łącznie niż do 10 dni roboczych – Wykonawca ma obowiązek dostarczenia urządzenia zastępczego najpóźniej w 5 dniu roboczym od zgłoszenia.		
9.	Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie UE.	TAK, Podać dane adresowe	
10.	Wraz z dostawą przedmiotu zamówienia wymagane dokumenty: a) Instrukcja obsługi w języku polskim (lub przetłumaczona na język polski) w formie wydrukowanej i w wersji elektronicznej na nośniku danych (płyta CD/DVD lub pamięć USB). b) Deklaracje zgodności dla wyrobu medycznego	TAK - potwierdzić	
11.	Wypełnione karty gwarancyjne oraz paszporty techniczne na każde urządzenie, które tego wymaga.	TAK - potwierdzić	
12.	Gwarancja produkcji części zamiennych na min. 10 lat od dostawy.	TAK – potwierdzić	
13.	Instruktaż obsługowy, szkolenie dla personelu medycznego (minimum 4 osoby) w miejscu użytkowania sprzętu zakończone protokołem.	TAK podać	
14.	Oświadczam, że oferowany wyrób medyczny: został zgłoszony Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub został wpisany do rejestru wyrobów medycznych i podmiotów odpowiedzialnych za ich wprowadzenie do obrotu, lub że dokonano powiadomienia Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych o wyrobie w trybie art. 138 ustawy o wyrobach medycznych oraz oświadczam, że ww. dokumenty złożę na każde żądanie Zamawiającego.	Podać właściwe	
15.	Oświadczam, że oferowane w zestawie wyroby medyczne posiadają deklaracje zgodności oraz że ww. dokumenty złożę na każde żądanie Zamawiającego.	potwierdzić	

### III. Nazwa i adres Wykonawcy:

.....  
.....

NIP .....

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za ogólną kwotę .....zł brutto, w tym:
  - a) cena netto: ..... zł  
słownie netto: ..... zł
  - b) podatek VAT: .....zł

**Wykonawca zobowiązany jest do sporządzenia i załączenia wraz z ofertą na wykonanie zamówienia szczegółowego formularza cenowego w formie tabeli według następującego wzoru:**

L.P.	Przedmiot zamówienia/ parametry	Ilość/ jedno stka miary	Cena jednostko wa netto	Cena jednostkowa brutto	VAT	Wartość netto (ilość x cena jednostkowa netto)	Wartość brutto (wartość netto plus wartość podatku VAT)	Wartość podatku VAT (zł) – różnica pomiędzy wartością brutto, a wartością netto	Producent/ nr katalogowy bądź jego brak
------	---------------------------------	----------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-----	---	--	---	---

I.	Fotel do wlewów	5							
<b>ŁĄCZNA WARTOŚĆ OFERTY</b>									

**Brak szczegółowego formularza cenowego spowoduje automatyczne odrzucenie oferty.**

2. Deklaruję ponadto:

- a) Termin gwarancji .....
- b) Termin dostawy .....
- c) Warunki płatności: przelew, 30 dni

3. Załącznikami do niniejszego formularza są:

- a) **Katalog, broszura informacyjna, instrukcja obsługi, karta charakterystyki, bądź inny dokument w języku polskim lub angielskim lub przetłumaczony na język polski potwierdzający, że oferowany produkt spełnia wymagania określone w opisie przedmiotu zamówienia z zaznaczeniem wszystkich wyszczególnionych parametrów technicznych dla oferowanego produktu.**
- b) Deklaracja zgodności dla wyrobu medycznego.

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(pieczęć, podpis Wykonawcy)