**Załącznik nr 1**

**WYKONAWCA: ZAMAWIAJĄCY:**

 **Centrum Onkologii**

 **im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy**

 **ul. I. Romanowskiej 2**

**………………………………………… 85-796 Bydgoszcz**

***Pieczęć Wykonawcy***

**OFERTA**

W związku z zamieszczoną na stronie internetowej prośbą o złożenie oferty na zakup ***fabrycznie nowej lampy operacyjnej – 1 kpl.*** dla Centrum Onkologii w Bydgoszczy.

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w pełnym zakresie objętym zamówieniem za łączną kwotę:

Netto: …………………………. zł/ słownie: ………………………………………..

+ VAT …………………………

Brutto: …………………………. zł/ słownie ………………………………………..

1. Termin płatności – przelew 60 dni od daty dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury.
2. Termin realizacji zamówienia: do 20 tygodni od daty podpisania umowy.
3. Oświadczamy, że wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
4. Oświadczamy, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia
5. Osobą odpowiedzialną za realizacje wykonania zamówienia / do kontaktów ze strony firmy jest …................................................................. numer telefonu ……………….. .
6. Parametry wymagane

Wykonawca:

Nazwa aparatu / Producent:

Rok produkcji: Wyposażenie musi być fabrycznie nowe

Uwaga: Dla umożliwienia Zamawiającemu weryfikacji udzielonych odpowiedzi należy załączyć materiały prospektowe, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu (w języku polskim, w oryginale lub kserokopie poświadczone przez Wykonawcę za zgodność z oryginałem). Zamawiający może wystąpić do wykonawców o udzielenie wyjaśnień niezbędnych dla weryfikacji udzielonych odpowiedzi.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P** | **Parametr / Warunek** | **Warunek graniczny** | **Potwierdzenie warunków granicznych****(TAK/NIE /opisać)** |
| **I.** |
| 1 | Lampa operacyjna wyposażona w dwie oprawy oświetleniowe (lampa główna i satelita) mocowane na wspólnym zawieszeniu przystosowanym do zamontowania w sali bez lub z sufitem podwieszonym | TAKopisać |  |
| 3 | Oprawy oświetleniowe emitujące bezpośrednio światło białe | TAKopisać |  |
| 4 | Wysoka bezcieniowość lampy osiągnięta przez zaawansowany system redukcji cieni oparty na układzie optycznym | TAKopisać |  |
| 5 | Lampa główna: oprawa o natężeniu oświetlenia min. 160 000Lux /1m | TAKpodać |  |
| 6 | Satelita: oprawa o natężeniu oświetlenia min. 140 000Lux /1m | TAKpodać |  |
| 7 | Regulacja średnicy pola oświetlanego dla każdej z opraw w zakresie 19¸ 30 ± 2 cm. | TAKpodać |  |
| 8 | Współczynnik odwzorowania barw - Ra: min. 95 | TAKpodać |  |
| 9 | Współczynnik odwzorowania koloru czerwonego - R9: min. 90 | TAKpodać |  |
| 10 | Temperatura barwowa regulowana w zakresie 3800¸ 4800 ± 50 K | TAKpodać |  |
| 11 | Przyrost temperatury w obszarze głowy chirurga: nie większy niż 0,5 °C | TAKpodać |  |
| 12 | Regulacja natężenia światła w zakresie co najmniej 10, 100 %, oddzielnie dla każdej czaszy, regulatorem umieszczonym na czaszy | TAKpodać |  |
| 13 | Ilość ledów w lampie głównej: 80-85 | TAKpodać |  |
| 14 | Ilość ledów w satelicie: 50-60 | TAKpodać |  |
| 15 | Każda z opraw wyposażona w dodatkowe włączniki, umieszczone w obrębie każdej czaszy | TAKpodać |  |
| 16 | Żywotność układu świetlnego (pod pojęciem układu świetlnego Zamawiający rozumie trwałość matrycy LED) ³ 50 000 h | TAKpodać |  |
| 17 | Lampa wyposażona w zasilacz z przełączaniem na zasilanie awaryjne. | TAK |  |
| 18 | Uchwyt do lampy sterylizowane, dedykowane do zamawianego modelu lampy – szt. 30 | TAK |  |
| 19 | Całkowity pobór mocy dla:Lampa główna: 80WLampa satelita: 60W | TAKpodać |  |
| **II. GWARANCJA, SZKOLENIA, MONTAŻ** |
|  1 | Termin dostawy – do **20 tygodni** od dnia podpisania umowy | TAK |  |
| 2 | Gwarancja minimum 24 miesiące | TAK |  |
| 3 | W okresie gwarancji Wykonawca wykona wymagane przeglądy techniczne – koszt przeglądów technicznych oraz materiałów eksploatacyjnych w cenie lampy | TAK |  |
| 4 | Przeszkolenie osób wskazanych przez Zamawiającego w zakresie obsługi, prowadzenia bieżącego serwisu technicznego lampy i konserwacji potwierdzone certyfikatem szkolenia | TAK |  |
| 5 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 6 | Autoryzowany serwis producenta na terenie kraju (przedstawić autoryzację producenta) | TAKopisać |  |
| 7 | Gwarancje dostępności serwisu pogwarancyjnego i części zamiennych przez minimum 10 lat od daty dostawy sprzętu | TAK |  |
| 8 | Demontaż starej lampy, montaż nowej lampy w miejscu Zamawiającego | TAK |  |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

1. WYKONAWCA:

Nazwa Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Adres: ……………………………………………

Nr telefonu: ………………………………. nr faxu, na który Zamawiający ma przesłać korespondencję / jednostkowe zamówienia: ………………………… .

NIP ……………………………………. REGON ……………………………………………. KRS ……………………………………

Nazwa banku oraz numer konta, na które będą przekazywane należności za otrzymaną fakturę:………………………………………………………..

W przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej, umowę w imieniu firmy podpiszą: ………………………………………………………………………………………

**…………………………….. ……………………………………………**

Miejscowość, data Podpis/-y osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy

**Załącznikami do niniejszej oferty, stanowiącymi jej integralną część są:**

1. Zaakceptowany Projekt umowy
2. Aktualny wpisu do Rejestru Wyrobów Medycznych lub deklaracji zgodności CE potwierdzających, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia wymagania określone w ustawie o wyrobach medycznych.
3. Materiały prospektowe, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu (w języku polskim, w oryginale lub kserokopii poświadczonych przez Wykonawcę za zgodność z oryginałem).
4. Oświadczenie producenta o dostępności serwisu na terenie kraju.