**Załącznik nr 1a**

**Zestawienie asortymentowo – cenowe przedmiotu zamówienia**

*\* Cena brutto (zł), będąca podstawą do wyliczenia punktów za cenę – otrzymujemy ze wzoru: Wartość jednostkowa netto(zł) razy Ilość zakupu – daje Wartość netto (zł), z której to wartości liczymy podatek vat i po dodaniu podatku vat do wartości netto otrzymujemy Cenę brutto (zł).*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pakiet** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto**  **[zł]** | **Wartość netto**  **[zł]** | **Cena brutto**  **[zł]** | **Nazwa producenta/**  **Nazwa handlowa/**  **numer katalogowy/** |
| **1** | Kabina do fototerapii całego ciała | 1 kpl |  |  |  |  |
| **2** | Aparat do krioterapii | 1 kpl |  |  |  |  |
| Razem: | | |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

…………….…dnia…………… ...................................................................

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo

**Załącznik nr 1b**

**PARAMETRY BEZWZGLĘDNIE WYMAGANE**

**Pakiet I - Kabina do fototerapii całego ciała -1 kpl**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………..**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2018**

**\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie**

| **Lp.** | **Parametry wymagane** | **Parametry wymagane\*** | **parametry oferowane /  nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Kabina do fototerapii całego ciała promieniowaniem UV w zakresie UVA (PUVA) i wąskie pasmo UVB – 311nm | TAK |  |
|  | Kabina wyposażona w :  - promiennik PUVA – 14 szt.  - promiennik UVB-311nm – 14 szt. | TAK |  |
|  | Możliwość przeprowadzenia terapii:  - selektywna fototerapia (UVA, UVB-311nm)  - fotochemoterapia (PUVA, naświetlanie z innymi substancjami fotouczulającymi)  - balneofototerapia  - helioterapia (naświetlanie promieniowaniem podobnym do słonecznego)  - naświetlanie promieniowaniem UVA-1 | TAK |  |
|  | Możliwość obserwacji pacjenta w czasie naświetlania przez okienko z filtrem UV, usytuowane w drzwiach | TAK |  |
|  | Pomiar natężenia w trakcie naświetlania | TAK |  |
|  | Startery elektroniczne | TAK |  |
|  | Sterowanie elektroniczne umożliwiające podawanie dawek w J/m2, zabezpieczone przed błędem operatora | TAK |  |
|  | Płyty akrylowe przed promiennikami uniemożliwiające bezpośredni kontakt pacjenta z promiennikami | TAK |  |
|  | Procentowe wskazanie stopnia zużycia promienników | TAK |  |
|  | W pierwszym wyposażeniu:  - okulary ochronne dla personelu – 1 szt.  - okulary ochronne dla pacjenta – 5 szt. | TAK |  |
|  | **Inne** |  |  |
|  | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta, | TAK z dostawą |  |

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne (w języku polskim) zawierające pełne dane techniczne,   
w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych Zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania postępowania do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej

do reprezentowania Wykonawcy

**Pakiet II - Aparat do krioterapii / kriochirurgii -1 kpl**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………..**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2018**

**\*Odpowiedź NIE powoduje odrzucenie**

| **Lp.** | **Parametry wymagane** | **Parametry wymagane\*** | **parametry oferowane /  nr strony w materiałach informacyjnych dołączonych do oferty** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Aparat zasilany ciekłym azotem | TAK |  |
|  | Pojemność zbiornika na ciekły azot – min.500 ml | TAK, podać |  |
|  | Statyczny czas przechowywania ciekłego azotu min. 20 godz. | TAK, podać |  |
|  | Aparat nie wymagający podstawki | TAK |  |
|  | Wyposażenie aparatu:  - końcówka spray – 5 szt.  - końcówka igłowa – 1 szt. | TAK, podać |  |
|  | **Inne** |  |  |
|  | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta, | TAK z dostawą |  |

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne (w języku polskim) zawierające pełne dane techniczne,   
w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych Zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania postępowania do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej

do reprezentowania Wykonawcy