WPS.SAG.361-2-2/2020 Załącznik nr 1

1. FORMULARZ OFERTOWO-CENOWY

**SPRZĘT MEDYCZNY - PAKIET NR 2**

Nazwa Dostawcy: ....................................................................................................................................................

Adres Dostawcy:

ul. ...........................................................kod ...... - ............ miejscowość ....................................

Nr telefonu ................................................

NUMER NIP ............................................... Nr rachunku bankowego ..............................................................................................................

Adres e mail:.................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa asortymentu | Jednostka | Ilość | Cena jednostkowanetto | %Vat | Vat | Cena jednostkowabrutto | Wartość netto | Wartość Vat | Wartość brutto |
| Zamgławiacz – urządzenie do dezynfekcji suchą mgłą | szt. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |

**Parametry wymagane**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru** | **Parametr wymagany** | **Opis parametru oferowanego przez dostawcę** |
| **1** | Nazwa urządzenia, producent, typ | tak |  |
| **2** | Urządzenie fabrycznie nowe, na gwarancji | tak |  |
| **3** | Urządzenie dopuszczone do obrotu lub używania na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2020 poz. 86 z późn. zmian) oraz aktów wykonawczych do ustawy | tak |  |
| **4** | Urządzenie zarejestrowane w Urzędzie Rejestracji jako produkt biobójczy | tak |  |
| **5** | Środek do dezynfekcji stosowany w w/w urządzeniu dopuszczony do użytku w placówkach medyczny, o neutralnym zapachu, nie pozostawiający osadów | tak |  |
| **6** | Niszczy bakterie, wirusy i grzyby | tak |  |
| **7** | Bezpieczny dla urządzeń elektronicznych | tak |  |
| **8** | Do pomieszczeń powyżej 50 m3 | tak |  |
| 9 | Zasilanie 230V/50Mh | tak |  |
| 10 | Okres gwarancji minimum 24 miesięcy | tak |  |
| 11 | Instrukcja w języku polskim | tak |  |
| 12 | Oświadczenie o wpisie do Rejestru Wyrobów Medycznych | tak |  |
| 13 | Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE, bądź Deklaracje Zgodności CE lub inne dokumenty równoważne. | tak |  |
| 14 | Czas dostawy w tygodniach | tak |  |

Oświadczam, że oferowane przez nas w formularzu WPS.SAG.361-2-2/2020 produkty spełniają powyższe normy i wymagania

 ---------------------------------------------

 (podpis i pieczęć

 upoważnionego przedstawiciela)