WPS.SAG.361-2-6/2020 Załącznik nr 1

1. FORMULARZ OFERTOWO-CENOWY

**SPRZĘT MEDYCZNY - PAKIET NR 1**

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 |
| Lampa bakteriobójcza mobilna ze stojakiem | szt. | 2 |  |  |  |  |  |  |  |

**Parametry wymagane**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru** | **Parametr wymagany** | **Opis parametru oferowanego przez dostawcę** |
| **1** | **Nazwa, producent i typ** | tak |  |
| **2** | Przepływowa lampa bakteriobójcza (właściwości dezaktywujące bakterie, wirusy, pleśnie, grzyby oraz wszelkie inne drobnoustroje), **mobilna/przenośna ze stojakiem/statywem i wmontowanym licznikiem** | tak |  |
| **3** | Produkt nowy, rok produkcji 2020 | tak |  |
| **4** | Napięcie zasilania 230V, 50 Hz | tak |  |
| **5** | Element emitujący promieniowanie UV-C | tak |  |
| **6** | Dezynfekowana kubatura 25-50 m2 | tak |  |
| **7** | Dezynfekuje powietrze w obecności personelu i pacjentów | tak |  |
| **8** | Produkt i producent wpisany do bazy danych, o której mowa w art. 64 ust. 1 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2020 poz. 86 z późn. zmian) | tak |  |
| **9** | Produkt / producent wpisany do Rejestru Wyrobów Medycznych i podmiotów odpowiedzialnych za ich wprowadzenie do obrotu i do używania (Dz. U. nr 93 poz. 896) | tak |  |
| **10** | Deklaracja zgodności norm min: PN-EN 60601-1:2006  | tak |  |
| 11 | Oznakowanie znakiem CE | tak |  |
| 12 | Instrukcja w języku polskim | tak |  |
| 13 | Okres gwarancji minimum 24 miesięcy | tak |  |
| 14 | Czas dostawy w tygodniach  | tak |  |

Oświadczam, że oferowane przez nas w formularzu WPS.SAG.361-2-6/2020 produkty spełniają powyższe normy i wymagania.
Oświadczam, że zapoznaliśmy się ze wzorem umowy stanowiącym Załącznik nr 3 do zapytania ofertowego WPS.SAG.361-2-6/2020
 i nie wnosimy do niego zastrzeżeń i przyjmujemy warunki w nim zawarte.

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

 (podpis i pieczęć

 upoważnionego przedstawiciela)