….…………………

 *(miejscowość, data)*

Pieczątka oferenta

Dane oferenta;

Nazwa:………………………………………………………….

Adres:……………………………………………………………

Tel/fax:………………………………………………………….

e-mail:…………………………………………………………..

**OFERTA**

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu prowadzonego w trybie zapytania ofertowego na:

 **dostawę materacy przeciwodleżynowych zmiennociśnieniowych**

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia tj.:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa asortymentu**  | **Jedn. miary** | **Ilość** | **Cena jedn.****netto** **w PLN** | **Wartość** **netto** **w PLN**  | **Stawka podatku VAT %** | **Wartość brutto****w PLN** |
| 1. | **Materac przeciwodleżynowy zmiennociśnieniowy** | **szt.** | **5** |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Razem |  | xxx |  |

1. Termin realizacji zamówienia: ……………………………..
2. Warunki płatności: Przelewem w ciągu …………dni (nie mniej niż 60 dni) od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury.
3. Oświadczam, że:
* zapoznaliśmy się z projektem umowy i opisem przedmiotu zamówienia, akceptujemy ich treść oraz zdobyliśmy wszelkie niezbędne informacje do przygotowania oferty i w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach określonych we wzorze umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego**,**
* przedmiot zamówienia jest zarejestrowany i dopuszczony do obrotu na rynku polskim i posiada wymagane prawem dokumenty, stwierdzające jego dopuszczenie do stosowania. Dokumenty te zostaną przedstawione na każde wezwanie Zamawiającego nie później, niż w terminie 3 dni roboczych od dnia otrzymania wezwania (w dowolnej formie),
* przedmiot zamówienia odpowiada najwyższym standardom technicznym, aktualnej wiedzy medycznej, posiada znak CE oraz nie może ze względu na technologię i zużycie stanowić zagrożenia dla życia lub zdrowia ludzkiego.
* cena podana w ofercie zawiera wszystkie koszty i składniki związane z wykonaniem zamówienia jakie ponosi zamawiający,
1. Ofertę niniejszą składam na …............ kolejno ponumerowanych stronach.
2. Załącznikami do niniejszego formularza stanowiącymi integralną część oferty są:

1. ....................................................................

2. ...................................................................

3. ...................................................................

……………………………….

*Podpis osoby upoważnionej*

**Materac przeciwodleżynowy zmiennociśnieniowy**

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa, typ lub model |  |
| Producent, podać pełną nazwę i adres |  |
| Rok produkcji 2017 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Warunek**  | **Parametr oferowany****Podać / opisać**  |
| 1 | Modułowa konstrukcja komór materaca zapobiegająca ich rozsuwaniu i stykaniu ciała pacjenta z podłożem.  | TAK |  |
| 2 | Materac składający się z minimum 20 poprzecznych komór oraz dwóch komór wzdłużnych dla stabilizacji materaca. Pod komorami powietrznymi piankowy wkład wewnątrz pokrowca.  | TAK |  |
| 3 | Wymiary materaca 200 cm x 86 cm | TAK |  |
| 4 | Wysokość materaca 17 cm (+/- 2 cm) | TAK |  |
| 5 | Bezpieczne obciążenie robocze min 160 kg. (opcjonalnie: 210 kg) | TAK |  |
| 6 | Materac kładziony bezpośrednio na ramę łóżka. | TAK |  |
| 7 | Materac wyposażony w centralną pompę zasilającą zawieszaną na ramie łóżka z możliwością ustawienia na podłodze, zaopatrzony w:- wskaźniki sygnalizujące pracę materaca, - wskaźnik podłączenia poduszki antyodleżynowej,- wskaźnik konieczności wezwania serwisu,- przycisk deaktywowania akustycznych alarmów materaca,- przycisk bezpieczeństwa aktywujący możliwość wykonania regulacji funkcji pompy – świadomego wyboru wybieranych funkcji,- wskaźnik CPR. | TAK |  |
| 8 | Trzy tryby pracy materaca:- symulacyjny,- statyczny,- zmiennociśnieniowy 3:1. | TAK |  |
| 9 | Tryb statyczny wyposażony w system bezpieczeństwa – przełączanie się automatycznie w tryb zmiennociśnieniowy po 30 min. | TAK |  |
| 10 | Akustyczny alarm spadku ciśnienia, braku zasilania. | TAK |  |
| 11 | Funkcja zmiany ciśnienia w komorach w zależności od wagi pacjenta. | TAK |  |
| 12 | Mechaniczna funkcja CPR – możliwość natychmiastowego ręcznego spuszczenia powietrza. Funkcja transportowa. | TAK |  |
| 13 | Możliwość pozostawienia w trybie transportowym do 24 godzin bez zasilania | TAK |  |
| 14 | Przewody powietrzne łączące materac z pompą zabezpieczone pokrowcem. | TAK |  |
| 15 | Materac połączony z pompką szybkozłączką. | TAK |  |
| 16 | Pompa wyposażona w mechaniczny filtr powietrza. | TAK |  |
| 17 | Maksymalna waga materaca wraz z pompką - do 12 kg.  | TAK |  |
| 18 | **Pokrowiec** wodoodporny i paro przepuszczalny odporny na mycie i dezynfekcję.  | TAK |  |
| 19 | Zamek pokrowca materaca zakryty, chroniony przed łatwym zanieczyszczeniem, odpinany dookoła materaca. | TAK |  |
| 20 | Instrukcja obsługi w języku polskim  | TAK |  |
|  | **Gwarancja** |  |  |
| 1 | Czas trwania gwarancji min. 24 miesiące | TAK |  |
| 2 | Wykonawca będzie bez odrębnej płatności sprawował autoryzowany serwis gwarancyjny w okresie trwania gwarancji – min. 2 przeglądy. | TAK |  |
| 3 | Wykonawca zabezpieczy autoryzowany serwis pogwarancyjny na terenie Polski przez okres min. 3 lat: nazwa serwisu, adres, nr telefonu | TAK |  |
|  | **Szkolenie** |  |  |
| 1 | Nieodpłatne szkolenie personelu w miejscu użytkowania materacy w zakresie zapewniającym bezpieczną obsługę oraz efektywne wykorzystanie.  | TAK |  |

**Uwaga:**

Wymogiem jest, aby wartości podane w kolumnie parametry oferowane były zgodne ze stanem faktycznym oraz danymi zawartymi w oficjalnym dokumencie przedstawiającym dane techniczne (np. katalog).

Zamawiający ma prawo wystąpić do wykonawców o udzielenie dalszych wyjaśnień niezbędnych dla weryfikacji udzielonych odpowiedzi.

 ………………………… …………………………………

 **Miejscowość, data Podpis osoby upoważnionej**