**Załącznik nr 1 do Zaproszenia**

……………………dnia ……………………

**FORMULARZ OFERTY**

**Dane Wykonawcy:**

**Nazwa:** ........................................................................................................................................

**Siedziba:** ......................................................................................................................................

**Numer telefonu**: ………………………………...........................................................................

**Numer Faxu:** …………………………**Adres poczty elektronicznej:** ……………………………………

**Numer NIP** ........................................................**Numer REGON** ...........................................................

**Bank i numer konta** .................................................................................................................................

**Osoba do kontaktu z Zamawiającym, nr telefonu :** .............................................................................

**OFERTA**

**Nawiązując do ogłoszenia z dnia …………… r. na dostawę i montaż suszarki chirurgicznej w Dziale Sterylizacji.**

**Składam/y następującą ofertę :**

1. Cena za dostawę suszarki do narzędzi chirurgicznych w Działu Sterylizacjinetto: …………PLN plus VAT…% …………………… PLN brutto: ……………………….PLN (słownie:……………………)
2. Cena za montaż suszarki w Dziale Sterylizacji – netto: …………PLN plus VAT….%...........PLN tj. brutto …………………………PLN (słownie:………………………….)

Razem: dostawa suszarki …………………brutto + montaż ………….brutto= …………….PLN

**Jednocześnie oświadczam/y, że:**

1. wyrażamy zgodę na płatność za fakturę w terminie 30 dni ,
2. zamówienie zrealizujemy zgodnie z potrzebami Zamawiającego w okresie wyznaczonym przez Zamawiającego,
3. akceptujemy projekt umowy i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia we wskazanym przez Zamawiającego terminie,
4. uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert,
5. dostawę i montaż będącą przedmiotem zamówienia wykonamy własnymi siłami,
6. pod groźbą odpowiedzialności karnej wszystkie załączone do oferty dokumenty opisują stan faktyczny i prawny aktualny na dzień otwarcia ofert ( art. 297 ustawy kodeks karny z dnia 6 czerwca 1997 r. / Dz. U. nr 88, poz. 553 ze zmianami /.

Załącznikami do niniejszej oferty są :

* 1. Formularz ofertowy + załącznik nr 1 oferty – Karta oceny.
	2. Wyciąg z rejestru działalności gospodarczej lub KRS.
	3. Oświadczenie o posiadaniu uprawnień do montażu suszarki do narzędzi chirurgicznych oraz
	 doświadczeniu w zakresie montażu i uruchamianiu urządzeń w sterylizacji.
	4. Lista środków, którymi urządzenie powinno być czyszczone, dezynfekowane i konserwowane w oparciu
	 o zalecenia producenta.

*…………………………………………………………*

*/Podpis uprawnionego przedstawiciela Oferenta/*

Załącznik nr 1 do Oferty Wykonawcy

KARTA OCENY PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA –Wymagania dla

**SUSZARKI DO NARZĘDZI CHIRURGICZNYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Opis przedmiotu zamówienia  | Parametr Wymagany | Parametr Oferowany |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, gotowe do eksploatacji - rok produkcji minimum 2022 r. | Tak |  |
| 2 | Komora jednodrzwiowa, nieprzelotowa -pojemność komory minimalna 355 l. | Tak |  |
| 3 | Suszarka wykonana ze stali odpornej na korozję oraz działanie środków myjąco-dezynfekujących. |  |  |
| 4 | Wymiary wewnętrzne komory w zakresie: Wysokość - 143 do 150 cm, Szerokość - 60 do 65 cm, Głębokość - 41do 45 cm. | Tak |  |
| 5 | Wymiary zewnętrzne urządzenia w zakresie: Wysokość – 190 do 195 cm Szerokość - 68 do 70 cm Głębokość – 45 do 48 cm | Tak |  |
| 6 | Wymuszony obieg powietrza wewnątrz komory. | Tak |  |
| 7 | Powietrze filtrowane filtrem Hepa kl. 14. | Tak |  |
| 8 | Drzwi suszarki wyposażone w szybę umożliwiającą kontrolę zawartości bez konieczności otwierania drzwi i utraty ciepła z komory. | Tak |  |
| 9 | Zakres regulacji czasu suszenia bez limitu. | Tak |  |
| 10 | Możliwość ustawienia minimum 4 różnych temperatur suszenia z zakresu od 50 - 90°C. | Tak |  |
| 11 | Zasilanie elektryczne, trójfazowe. Wymagana moc zasilania nie większa niż 3,5 kW. | Tak |  |
| 12 | Sterowanie i kontrola pracy urządzenia za pomocą sterownika mikroprocesorowego, wyposażonego w kolorowy wyświetlacz i klawiaturę dotykową, nie dopuszcza się klawiatur membranowych. | Tak |  |
| 13 | Gwarancja minimum 24 miesiące. | Tak |  |
| 14 | Wykonanie w okresie gwarancji przeglądu technicznego, konserwacji, walidacji, kalibracji 1 raz w roku ( chyba, że producent zaleca częściej). | Tak |  |
| 15 | Wskazanie listy środków, którymi urządzenie powinno być czyszczone, dezynfekowane i konserwowane w oparciu o zalecenia producenta. Dołączyć do karty oceny. | Tak |  |
| 16 | Dokumentacja w języku polskim obejmująca instrukcje użytkowania i konserwacji. | Tak |  |
| 17 | Przeprowadzenie szkolenia pracowników z zakresu użytkowania, czyszczenia, dezynfekcji i konserwacji. | Tak |  |
| 18 | Dostawa, montaż urządzenia w miejscu wskazanym przez zamawiającego wraz z paszportem technicznym oraz protokołem zdawczo-odbiorczym. | Tak |  |
| 19 | Urządzenie posiada deklarację zgodności z dyrektywami UE. | Tak |  |
| 20 | Urządzenie zgłoszone w Polsce w rejestrze wyrobów medycznych. | Tak |  |

 ………………………………………….

 Podpis Oferenta