**Załącznik nr 1**

**Wykonawca:**

**………………………..…………**

**…………………………..………**

**………………………..…………**

**(*pełna nazwa/firma, adres)***

**NIP *………………………….….***

***KRS ……………………..………***

**Osoba/y upoważniona/e do kontaktu:**

……………………………………

Nr tel. ………………………….

Nr fax…………………………..

mail ………………..…………..

**OFERTA – Część 4**

**W odpowiedzi na ogłoszenie dotyczące udzielenia zamówienia publicznego na Dostawa sprzętu do diagnostyki patomorfologicznej dla Szpitala Specjalistycznego w Brzozowie Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny, składam ofertę:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.p.*** | ***Opis przedmiotu zamówienia*** | ***j.m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jedn. netto PLN*** | ***Cena jednostkowa brutto******PLN*** | ***Wartość netto PLN*** | ***VAT*** ***%*** | ***Wartość brutto******PLN*** |
|  1. | **Nakrywarka**Typ/model: ……………………………………Producent: …………………………………… |  szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| 2. | **Dostawa, instalacja sprzętu** |  szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| 3. | Serwis sprzętu w okresie gwarancji oraz przeszkolenie personelu |  szt. | 1 |  |  |  |  |  |
|  | **Razem:** |  |  x |  |

Termin gwarancji w miesiącach: …………… (24, 36, lub 48 miesięcy)

**Opis przedmiotu zamówienia – zestawienie parametrów wymaganych**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana przez Wykonawcę** (podać oferowaną wartość w zależności od wartości wymaganej) |
| 1. | Automat do folii nakrywkowej dla preparatów histopatologicznych. | TAK |  |
| 2. | Możliwość sprzężenia z barwiarką – celem utworzenia połączonego systemu barwienia i nakrywania. | TAK |  |
| 3. | Wydajność minimum 1000 szkiełek na godzinę. | TAK, podać |  |
| 4. | Dostarczenie koszyczków na minimum 220 szkiełek. | TAK, podać |  |
| 5. | Możliwość regulowania długości naklejanej taśmy min. – 45; 50; 55 i 60 mm. | TAK, podać |  |
| 6. | Pojemność ładowania min. 60 preparatów (np. 3 koszyczki po 20 preparatów). | TAK, podać |  |
| 7. | Pojemność rozładunkowa min. 240 preparatów (np. 12 koszyczki po 20 preparatów). | TAK, podać |  |
| 8. | Dopuszczalne wymiary szkiełek: Rozmiar: 24,7 - 26,5 mm x 74,7 - 76,5 mm. | TAK, podać |  |
| 9. | Grubość szkiełek: 0,9 - 1,2 mm. | TAK, podać |  |
| 10. | Kompatybilny rozpuszczalnik: Tylko ksylen klasy odczynnika lub klasy analitycznej. | TAK |  |
| 11. | Kontrola oparów: filtry z węglem aktywnym w urządzeniu, opcjonalne przyłącze wentylacji zewnętrznej. | TAK |  |
| 12. | Zestaw instalacyjny: dostarczenie materiałów zużywalnych wystarczających na oklejenie min. 200 szkiełek. | TAK, podać |  |
| **Pozostałe wymagania:** |
| 13. | Gwarancja min. 24 m-ce. | TAK, podać |  |
| 14. | Przeglądy okresowe w okresie gwarancji - zgodnie z zaleceniem producenta | TAK |  |
| 15. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | TAK, przy dostawie |  |
| 16. | Szkolenie z obsługi oferowanych urządzeń. | Tak, po dostawie, w terminie uzgodnionym z Użytkownikiem, potwierdzone protokołem |  |
| 17. | Paszport techniczny. | TAK, po dostawie, wypełniony, z wpisem o uruchomieniu |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis osoby upoważnionej