**Załącznik nr 1**

**Wykonawca:**

**………………………..…………**

**…………………………..………**

**………………………..…………**

**(*pełna nazwa/firma, adres)***

**NIP *………………………….….***

***KRS ……………………..………***

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

……………………………………

Nr tel. ………………………….

Nr fax…………………………..

mail ………………..…………..

**OFERTA – Część 3**

**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: ……………………………………Urządzenie fabrycznie nowe. Rok produkcji (nie starszy niż 2023) …………………. |  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. | Zaklejarka do szkiełek mikroskopowych dedykowana do pracy z klejami zamykającymi | TAK |  |
| 2. | Całkowicie zautomatyzowany precyzyjny proces nakrywania oparty na kamerze CCD z funkcją wykrywania położenia szkiełka podstawowego | TAK |  |
| 3. | Praca na szkiełkach podstawowych i nakrywkowych o standardowych wymiarach zgodnych z normami ISO dedykowanymi do danego typu szkiełek | TAK |  |
| 4. | Możliwość stosowania szkiełek nakrywkowych o wymiarach 24x40, 24x50, 24x55 w grubościach 1,0 oraz 1,5 | TAK |  |
| 5. | Możliwość stosowania szkiełek nakrywkowych umieszczonych w dedykowanych pojemnikach bez ich konieczności przekładania | TAK |  |
| 6. | Dedykowane pojemniki o pojemności do 500 szkiełek nakrywkowych | TAK |  |
| 7. | Możliwość rozróżniania preparatów histologicznych oraz cytologicznych | TAK |  |
| 8. | System wykrywania pozycji szkiełka nakrywkowego | TAK |  |
| 9. | Możliwość uzupełniania medium w trakcje trwania procesu nakrywania | TAK |  |
| 10. | Wbudowany UPS, pozwalający na dokończenie wszystkich rozpoczętych procesów | TAK |  |
| 11. | Urządzenie zapewnia kontrolę stanu preparatu i uniemożliwia ponowne nakrycie szkiełka | TAK |  |
| 12. | Urządzenie pozwala na regulację położenia ścieżki kleju | TAK |  |
| 13. | Intuicyjne graficzne menu, sterowanie poprzez wyświetlacz typu touch-screen z graficznymi podpowiedziami | TAK |  |
| 14. | Zamknięty system wyposażony w filtr węglowy uniemożliwiający wydobywanie się na zewnątrz szkodliwych oparów | TAK |  |
| 15. | Możliwość załadowania min. 5 koszyczków ze szkiełkami – ilość szkiełek uzależniona od pojemności koszyka danej barwiarki | TAK |  |
| 16. | Możliwość współpracy z różnymi barwiarkami dostępnymi na rynku – wymaga zastosowania odpowiednich koszyków do danego typu barwiarki | TAK |  |
| **Pozostałe wymagania:** |
| 17. | Gwarancja min. 24 m-ce. | TAK, podać |  |
| 18. | Przeglądy okresowe w okresie gwarancji - zgodnie z zaleceniem producenta | TAK |  |
| 19. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | TAK, przy dostawie |  |
| 20. | Szkolenie z obsługi oferowanych urządzeń. | Tak, po dostawie, w terminie uzgodnionym z Użytkownikiem, potwierdzone protokołem |  |
| 21. | Paszport techniczny. | TAK, po dostawie, wypełniony, z wpisem o uruchomieniu |  |

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