**Wzór oferty** Załącznik nr 1.

**wraz z opisem przedmiotu zamówienia.**

 **Wykonawca:**

…………………………………………

…………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres,*

*w zależności od podmiotu:*

*NIP:………………….…………………*

*KRS: ……………………………………*

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu:

……………………….………………

Nr tel. …………………..…………

mail …………………..……………

**OFERTA ZADANIE 4**

W odpowiedzi na ogłoszenie dotyczące udzielenia zamówienia publicznego na dostawa aparatury medycznej w ramach zadania pn. ,,Przebudowa z modernizacją i doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego oraz Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej Szpitala Specjalistycznego w Brzozowie Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego, znak sprawy SZSPOO.SZP.3810/11/2025, przedstawiamy następującą ofertę:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.p*** | ***Opis przedmiotu zamówienia*** | ***j.m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jedn. netto PLN*** | ***Wartość netto PLN*** | ***VAT %*** | ***Wartość brutto*** ***PLN*** |
|  1. | **Dostawa lampy zabiegowej sufitowej** Nazwa:…………………………………………Typ: ……………………………………………Model: ………………………………………….Producent: ……………………………………Kraj……………………………………………..Urządzenie fabrycznie nowe. Rok produkcji nie starszy niż 2025. Podać- …………………………………………… |  szt. | 2 |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |  |  |

Termin gwarancji na całość aparatu: ……………… miesięcy (minimum 24 miesiące)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana przez Wykonawcę** (podać oferowaną wartość w zależności od wartości wymaganej) |
|  | Jednoczaszowa diodowa lampa operacyjna o wysokiej bezcieniowości, dedykowana do sali operacyjnej, przeznaczona do oświetlenia pola operacyjnego: płytkiego, głębokiego, rozległego. | TAK |  |
|  | Montaż sufitowy. Czasza zawieszona na obrotowym wysięgniku dwuramiennym. Wysięgnik wyposażony w co najmniej jedno ramię uchylne, umożliwiające regulację wysokości. Czasza wyposażona w podwójny przegub umożliwiający manewrowanie w trzech prostopadłych osiach - tzw. zawieszenie kardanowe.Łączny zasięg czaszy (wysięgnik + ramię sprężyste): min. 175 cm | TAK, podać ilość ramion uchylnych, podać zasięg czaszy |  |
|  | Możliwość obrotu ramienia o 360° wokół sufitowego punktu mocowania lampy.Możliwość obrotu ramienia o 360° na przegubie łączącym ramiona horyzontalne i sprężyste.Możliwość obrotu głowicy o 360° na przegubie łączącym z ramieniem sprężystym. | TAK |  |
|  | Czasza z elementami oświetleniowymi emitujące światło białe, w których diody są białe o różnych temperaturach barwowych (w tonach - białe „zimne” i białe „ciepłe”) | TAK |  |
|  | Natężenie światła Ec max. z odległości 1 m: min. 155 000 lux | TAK, podać natężenie światła |  |
|  | Bardzo wysoki współczynnik odwzorowania barwy światła słonecznego Ra: ≥ 99 | TAK, podać wysokość współczynnika odwzorowania barwy światła słonecznego |  |
|  | Bardzo wysoki współczynnik odwzorowania barwy czerwonej R9: ≥ 99 | TAK, podać wysokość współczynnika odwzorowania barwy czerwonej |  |
|  | Głębokość oświetlenia (L1+L2) dla Ec: 20%: min. 1000 [mm] | TAK, podać głębokość oświetlenia  |  |
|  | Ilość diod w czaszy min. 130 [szt.] | TAK, podać ilość diod |  |
|  | Możliwość wymiany modułów za pomocą dedykowanego narzędzia, bez ingerencji w otwieranie obudowy czaszy. | TAK |  |
|  | Regulacja temperatury barwowej światła min. w 5 krokach w minimalnym zakresie 3000 – 5500 [K] | TAK, podać zakres regulacji temperatury barwowej |  |
|  | Elektroniczna regulacja średnicy pola bezcieniowego zawierająca się w przedziale minimum 180 [mm] do 270 [mm] UWAGA: Nie dopuszcza się regulacji mechanicznej. | TAK, podać zakres regulacji średnicy pola bezcieniowego |  |
|  | Elektroniczna regulacja średnicy pola bezcieniowego za pomocą centralnego uchwytu sterującego i przyciskami panelu sterowania na czaszy. | TAK |  |
|  | Panel sterowania umieszczony na czaszy. | TAK |  |
|  | Regulacja natężenia oświetlenia z panelu sterowniczego umieszczonego na czaszy w zakresie minimum 30 – 100%. Uruchomienie białego światła endoskopowego z panelu sterowniczego o wartości 5% maksymalnego natężenia światła. | TAK, podać zakres regulacji natężenia oświetlenia  |  |
|  | Pozycjonowanie czaszy wielorazowym sterylizowanym uchwytem (umieszczonym w punkcie centralnym lampy) i dodatkowo min. trzema „brudnymi” uchwytami umieszczonymi wokół czaszy. | TAK, podać ilość „brudnych” uchwytów |  |
|  | Zasilanie: 230V (+/-) 10%, 50 [Hz] | TAK, podać wartość zasilania |  |
|  | Czasza zasilana napięciem z zasilacza stabilizowanego, w przedziale 24 – 36 VDC | TAK, podać wartość napięcia z zasilacza stabilizowanego  |  |
|  | Stopień ochrony: czasza min. IP 42, system ramion min. IP 30 | TAK, podać stopień ochrony czaszy i systemu ramion |  |
|  | Żywotność źródeł światła ≥ 60 000 [godz.] | TAK, podać żywotność źródeł światła |  |
|  | Powierzchnia czaszy gładka, bez widocznych śrub lub nitów mocujących, wykonana z materiałów odpornych na działanie środków dezynfekujących.UWAGA: Nie dopuszcza się czaszy z widocznymi śrubami oraz szczelinami. | TAK  |  |
|  | Czasza o konstrukcji „bez szybowej”, wyposażona w moduły światła ze zintegrowaną uszczelką zapobiegającą dostawaniu się do środka wilgoci oraz płynów podczas używania środków czyszczących. | TAK |  |
|  | Czasza o konstrukcji zwartej, jednoczęściowej tj. bez fizycznych przerw i odstępów pomiędzy częściami czaszy. Czasza bez jakichkolwiek relingów jako elementów znacznie utrudniających codzienne czyszczenie i dezynfekcje. | TAK |  |
|  | Obudowa czaszy przystosowana do współpracy z obiegiem laminarnym. | TAK |  |
|  | Dodatkowe wielorazowe uchwyty sterylizowane – 5 [szt.] na czaszę | TAK, podać ilość wielorazowych uchwytów |  |
|  | Mocowanie wielorazowego uchwytu sterylizowanego na zatrzask „klikowy” realizowany za pomocą jednej ręki. | TAK |  |
|  | Dostępność części zamiennych przez okres min. 10 lat od daty instalacji urządzenia. | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona wraz z urządzeniem. Wydruk w kolorze potwierdzający oferowany produkt. | TAK, załączyć |  |
|  | Karta gwarancyjna oraz paszport techniczny dostarczone wraz z urządzeniem. | TAK, załączyć |  |
|  | Montaż, uruchomienie i szkolenie obsługi w cenie urządzenia. | TAK |  |
|  | Wyrób oznaczony znakiem CE potwierdzony deklaracją Zgodności lub Certyfikatem CE | TAK, załączyć |  |
|  | Gwarancja zapewniona przez autoryzowanego dystrybutora producenta min. 24 miesiące wraz z bezpłatnymi przeglądami w tym okresie. | TAK, podać długość gwarancji. Parametr oceniany  |  |
|  | Oferowana lampa dostosowana konstrukcyjnie do sali operacyjnej: wysokość stropu od posadzki:296 cm | TAK, podać |  |

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