**Załącznik nr 1**

**WYKONAWCA: ZAMAWIAJĄCY:**

 **Centrum Onkologii**

 **im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy**

 **ul. I. Romanowskiej 2**

**………………………………………… 85-796 Bydgoszcz**

***Pieczęć Wykonawcy***

**OFERTA**

W związku z zamieszczoną na stronie internetowej prośbą o złożenie oferty na zakup ***zestawu diatermii z modułem argonowym*** dla Centrum Onkologii w Bydgoszczy.

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w pełnym zakresie objętym zamówieniem za łączną kwotę:

Netto: …………………………. zł/ słownie: ………………………………………..

+ ….%VAT …………………………

Brutto: …………………………. zł/ słownie ………………………………………..

1. Termin płatności – przelew 60 dni od daty dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury.
2. Termin realizacji zamówienia: do 8 tygodni od daty podpisania umowy.
3. Oświadczamy, że wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
4. Oświadczamy, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia
5. Osobą odpowiedzialną za realizacje wykonania zamówienia / do kontaktów ze strony firmy jest …................................................................. numer telefonu ……………….. .
6. Wszelkie naprawy i awarie należy składać telefonicznie pod nr fax ……………………………. lub mailowo na adres:………………………….
7. Parametry wymagane

**Wykonawca:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Producent:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nazwa aparatu**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Uwaga:**

Dla umożliwienia Zamawiającemu weryfikacji udzielonych odpowiedzi należy załączyć dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu
(w języku polskim, w oryginale lub kserokopie poświadczone za zgodność z oryginałem).

Zamawiający może wystąpić do Wykonawców o udzielenie wyjaśnień niezbędnych dla weryfikacji udzielonych odpowiedzi.

**Parametry Techniczne i Eksploatacyjne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagania** | **Parametr graniczny** | **Parametr oferowany (Tak/Nie)** |
|  | Diatermia chirurgiczna z argonem | Tak |  |
|  | Perystaltyczna pompa rolkowa z możliwością zmiany poziomów jej wydajności w granicach między innymi: 30%, 50%, 80% | Tak |  |
|  | Możliwość rozbudowy diatermii o przystawkę do selektywnej preparacji naczyń i nerwów za pomocą strumienia cieczy, z możliwością regulacji ciśnienia w zakresie min. 1-60 bar, urządzenie musi posiadać możliwość zintegrowania z diatermią umożliwiając wykonywanie np. resekcji wątroby z użyciem zintegrowanego aplikatora wodno-ssąco-prądowego. | Tak |  |
|  | Wielokolorowy, czytelny ekran dotykowy obrazujący parametry urządzenia, służący do komunikacji aparat-użytkownik | Tak |  |
|  | Monitor poprawnego przylegania elektrody neutralnej z czytelną informacją dla użytkownika | Tak |  |
|  | Możliwość tworzenia min 10 grup programów oraz min. 100 programów i zapisania ich pod nazwą procedury lub nazwiskiem lekarza w języku polskim | Tak |  |
|  | Liczba gniazd przyłączeniowych:Monopolarne uniwersalne – 1 szt.Bipolarne uniwersalne – 1 szt.Uniwersalne do podłączania instrumentów mono oraz bipolarnych – 1 szt.Bipolarne do zamykania dużych naczyń do 7mm -1szt.Neutralne uniwersalne –1 | Tak |  |
|  | Aparat z wymiennymi gniazdami przyłączeniowymi – wymiana gniazd odbywa się bez otwierania obudowy aparatu | Tak |  |
|  | Moc wyjściowa dla cięcia monopolarnego regulowana do min. 400 W | Tak |  |
|  | Moc wyjściowa dla cięcia bipolarnego regulowana do min. 400 W | Tak |  |
|  | Możliwość wyboru trybu cięcia dla trybu bipolarnego – co najmniej 2 rodzaje: delikatny i intensywny | Tak |  |
|  | Moc wyjściowa maksymalna do koagulacji bipolarnej i monopolarnej nie mniejsza niż 200W | Tak |  |
|  | Możliwość jednoczasowej pracy przy użyciu dwóch instrumentów monopolarnych | Tak |  |
|  | Możliwość pracy z funkcją automatycznej aktywacji tzw. Auto Start (po uzyskaniu bezpośredniego kontaktu elektrody z tkanką) dla koagulacji bipolarnej | Tak |  |
|  | Możliwość pracy z funkcją automatycznej dezaktywacji tzw. Auto Stop (po skutecznym skoagulowaniu tkanki dla koagulacji monopolarnej i bipolarnej | Tak |  |
|  | Funkcja zamykania naczyń z funkcją Auto Stop | Tak |  |
|  | Możliwość wyboru sposobu aktywacji funkcji bipolarnego zamykania dużych naczyń przez wybrany włącznik nożny, przycisk aktywacyjny na instrumencie oraz funkcję Auto Start | Tak |  |
|  | Tryb cięcia do elektroresekcji bipolarnej w soli fizjologicznej oparty na dostarczaniu prądu w.cz. o wartości regulowanej automatycznie w zakresie do 400W | Tak |  |
|  | Tryb koagulacji do elektroresekcji bipolarnej w soli fizjologicznej oparty na dostarczaniu prądu w.cz. o wartości regulowanej automatycznie w zakresie do 240W | Tak |  |
|  | Bezprzewodowa komunikacja z aparatem – np. do celów serwisowych | Tak |  |
|  |  Możliwość regulacji:- Jasności całkowitej, jasności ekranu oraz jasności ramek oddzielnie- Natężenia dźwięku sygnału aktywacyjnego, dźwięku komunikatów oraz dźwięku klawiatury oddzielnie.- Maksymalnego czasu aktywacji, itd. | Tak |  |
|  |  Wizualna i akustyczna sygnalizacja nieprawidłowego działania urządzenia. Informacja o niesprawności w formie komunikatu z opisem wyświetlanym na ekranie urządzenia w jęz. polskim. Historia błędów archiwizowana dla potrzeb serwisu | Tak |  |
|  | Możliwość odczytu ostatnich komunikatów wyświetlanych przez aparat bez udziały serwisu. | Tak |  |
|  | System stałej kontroli aplikacji elektrody neutralnej dwudzielnej (ukierunkowanie elektrody, wielkość aktywnej powierzchni kontaktowej, wskazanie oporu z zakresami obciążenia połówek elektrody) | Tak |  |
|  | Sygnalizacja graficzna poprawnej aplikacji elektrody neutralnej. Wyświetlacz graficzny i cyfrowy informujący o wielkości rezystancji połączenia elektroda – skóra | Tak |  |
|  | Włącznik nożny do pompy rolkowej perystaltycznej – 1 szt. | Tak |  |
|  | Dreny do pompy rolkowej, dł. 2,5-3m - 10 szt.  | Tak |  |
|  | Podwójny włącznik nożny wodoodporny z możliwością przełączania programu – 1 szt. | Tak |  |
|  | Platforma nośna/ wózek – 1 szt. | Tak |  |
|  | Elektroda neutralna jednorazowa owalna /dzielona z pierścieniem ekwipotencjalnym 22-24 cm2 oraz powierzchnią 82-85 cm2 - 50szt. | Tak |  |
|  | Kabel elektrody neutralnej, dł. min 4m – 2 szt. | Tak |  |
|  | Kabel monopolarny endoskopowy, dł. min 4m – 2 szt. | Tak |  |
|  | Sonda giętka argonowa z wylotem na wprost, śr. 2,3mm, dł. 2,2m z zintegrownym filtrem – 10 szt.  | Tak |  |
|  | Sonda giętka argonowa z wylotem bocznym rozproszonym, śr. 2,3mm, dł. 2,2m z zintegrownym filtrem – 10 szt. | Tak |  |
|  | Butla z argonem wraz z reduktorem – 1 szt. | Tak |  |
|  | **Szkolenia, gwarancja, serwis** |  |  |
|  | Przeszkolenie osób wskazanych przez Zamawiającego w zakresie obsługi, prowadzenia bieżącego serwisu technicznego aparatu i konserwacji potwierdzone certyfikatem szkolenia. | Tak |  |
|  | Czas reakcji serwisu w ciągu 5 dni roboczych | Tak |  |
|  | Czas naprawy liczony od dnia przyjęcia sprzętu do dnia odesłania naprawionego urządzenia - do 10 dni roboczych. | Tak |  |
|  | Gwarancje dostępności serwisu pogwarancyjnego i części zamiennych przez minimum 10 lat od daty dostawy sprzętu | Tak |  |
|  | Gwarancja min. 36 miesięcy (urządzenia) | Tak |  |
|  | Termin dostawy do 8 tygodni | Tak |  |
|  | Autoryzowany serwis producenta na terenie kraju (przedstawić autoryzację producenta) | Tak |  |
|  | W okresie gwarancji Wykonawca wykona wymagane przeglądy techniczne – koszt przeglądów technicznych oraz materiałów eksploatacyjnych w cenie aparatu | Tak |  |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczamy, że oferowany – powyżej wyspecyfikowany – zestaw jest kompletny i będzie po zainstalowaniu gotowy do użycia bez żadnych dodatkowych zakupów
i inwestycji.

…………..………….., dnia ............................... ….…………………………………………………...

(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

1. WYKONAWCA:

Nazwa Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Adres: ……………………………………………

Nr telefonu: ………………………………. nr faxu, na który Zamawiający ma przesłać korespondencję / jednostkowe zamówienia: ………………………… .

NIP ……………………………………. REGON ……………………………………………. KRS ……………………………………

Nazwa banku oraz numer konta, na które będą przekazywane należności za otrzymaną fakturę:………………………………………………………..

W przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej, umowę w imieniu firmy podpiszą: ………………………………………………………………………………………

**…………………………….. ……………………………………………**

Miejscowość, data Podpis/-y osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy

**Załącznikami do niniejszej oferty, stanowiącymi jej integralną część są:**

1. Zaakceptowany Projekt umowy
2. Aktualny wpis do Rejestru Wyrobów Medycznych lub deklaracja zgodności CE potwierdzające, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia wymagania określone w ustawie o wyrobach medycznych.
3. Materiały prospektowe, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu (w języku polskim, w oryginale lub kserokopii poświadczonych przez Wykonawcę za zgodność z oryginałem).
4. Oświadczenie producenta o dostępności serwisu na terenie kraju.