**Załącznik nr 1**

**WYKONAWCA:**

………………………

*Dane Wykonawcy*

*(nazwa, adres, nr tel., fax, e-mail)*

**ZAMAWIAJĄCY:**

 **Centrum Onkologii**

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

 **ul. I. Romanowskiej 2**

**85-796 Bydgoszcz**

**OFERTA**

W związku z zamieszczonym na stronie internetowej zaproszeniem do składania ofert na  ***zakup systemu identyfikacji nerwów w chirurgii endokrynologicznej - 1szt.*** 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 10 tygodni od daty zawarcia 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 realizację przedmiotu zamówienia / do kontaktów ze strony Wykonawcy jest …................................................................. numer telefonu ……………….. .
6. Wszelkie zastrzeżenia dot. wykonania przedmiotu zamówienia lub reklamacje należy składać telefonicznie pod nr fax ……………………………. lub mailowo na adres: …………………………. .

\* *niepotrzebne skreślić/właściwe zaznaczyć*

1. **Wymagania i potwierdzenie ich spełniania:**

**Wykonawca:**

**Nazwa aparatu / Producent:**

**Rok produkcji: Aparat musi być fabrycznie nowy (rok produkcji 2025)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagania** | **Parametr graniczny** | **Parametr oferowany (Tak/Nie)** |
|  | Możliwość zastosowania urządzenia w chirurgii tarczycy, kolorektalnej, naczyniowej, neurochirurgii, laryngologii | Tak |  |
|  | Ilość kanałów EMG do monitorowania nerwów w chirurgii endokrynologicznej min.8 | Tak |  |
|  | Obrazowania potencjałów wolnobiegnących i wywołanych EMG | Tak |  |
|  | Waga urządzenia max. 6,6 kg | Tak |  |
|  | Zapisywanie potencjałów wywołanych EMG do raportu z komentarzami Wprowadzanie komentarzy odpowiedzi EMG metodą (*Drag&Drop*) | Tak |  |
|  | Możliwość zastosowania modalności SEP | Tak |  |
|  | Szerokość impulsu min.50-2000 µs | Tak |  |
|  | Potencjały wywołane EMG zapisywane automatycznie | Tak |  |
|  | Wyposażenie: min. 2 stymulatory stałoprądowe z zakresem regulacji częstotliwości impulsów od min. 1 Hz do min. 60 Hz do pojedynczych impulsów i do min.500 Hz do sekwencji impulsów | Tak |  |
|  | Aparat wyposażony w kolorowy, dotykowy ekran LCD min.12’’ i dźwiękowy sygnał odpowiedzi EMG | Tak |  |
|  | Wybór sygnału dźwiękowej odpowiedzi wywołanej EMG: analogowy proporcjonalny do amplitudy odpowiedzi oraz syntetyczny, głośnik o mocy min.50 W | Tak |  |
|  | Aparat wyposażony w interfejs pacjenta do podłączenia elektrod odbiorczych, sond stymulacyjnych, podłączony z tyłu urządzenia, długość przewodu min. 5m – 1 szt. | Tak |  |
|  | Menu obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Eksport całej bazy danych do komputera, analiza graficzna w dedykowanym programie producenta aparatu | Tak |  |
|  | Intuicyjna obsługa aparatu poprzez przyciski i pokrętła funkcyjne lub dołączoną klawiaturę alfanumeryczną  | Tak |  |
|  | Aparat wyposażony w pamięć wewnętrzną min. 1000 rekordów danych pacjenta z zapisanymi krzywymi EMG z możliwością odczytu zapisanego rekordu w dowolnym czasie po zabiegu lub zapisem w pamięci USB | Tak |  |
|  | Drukowanie raportu z zabiegu do pliku PDF | Tak |  |
|  | Metoda nieinwazyjna w chirurgii tarczycy – podłączenie do pacjenta bez użycia igieł | Tak |  |
|  | Automatyczne dodanie danych pacjenta przy pomocy kodu kreskowego z historii choroby – skaner wbudowany Skaner kodów kreskowych odczytujący min. 18 typów kodów | Tak |  |
|  | Możliwość monitoringu ciągłego z funkcją histogramu min.2D latencji i amplitudy z alarmami wizualnymi i dźwiękowymi | Tak |  |
|  | Medyczne lupy operacyjne, metalowe wzmocnienie, powiększenie min.2,5, dystans roboczy min.400mm – 1 szt. | Tak |  |
|  | Elektroda do monitoringu ciągłego jednorazowego użytku – 10 szt. | Tak |  |
|  | **Szkolenia, gwarancja, serwis** |
|  | Przeszkolenie osób wskazanych przez Zamawiającego w zakresie obsługi, prowadzenia bieżącego serwisu technicznego aparatu i konserwacji potwierdzone certyfikatem szkolenia (3 osoby) | Tak |  |
|  | Koszt brutto dodatkowego roku gwarancji po okresie podstawowym | podać |  |
|  | Czas reakcji serwisu do 48 godzin | Tak |  |
|  | Czas trwania naprawy nie może być dłuższy niż 5 dni roboczych, licząc od daty pisemnego doręczenia zgłoszenia Wykonawcy przez Zamawiającego. W przypadku sprowadzenia części zamiennych z zagranicy czas trwania naprawy nie może być dłuższy niż 10 dni roboczych. | Tak,podać nr telefonu, faksu, adres e-mail na które Zamawiający może zgłaszać awarie |  |
|  | Gwarancje dostępności serwisu pogwarancyjnego i części zamiennych przez minimum 10 lat od daty dostawy sprzętu. | Tak |  |
|  | W okresie gwarancji Wykonawca wykona wymagane przeglądy techniczne oraz niezbędne naprawy na koszt Wykonawcy. | Tak |  |
|  | Serwisowanie, monitorowanie przedmiotu zamówienia oraz dokonywanie aktualizacji oprogramowania zdalnie przez Internet przy wykorzystaniu szyfrowanego łącza tunelowego VPN wyłącznie na zasadach Zamawiającego (dokładne zapisy stanowi załącznik do wzoru umowy pn.: Podstawowe wymagania do-tyczące bezpieczeństwa informacji dla Podmiotów Zewnętrznych - F-108-008-001 ed. 2.) | Tak |  |

Oświadczam, że przekazany przedmiot zamówienia będzie posiadał wymienione powyżej parametry oraz będzie gotowy do eksploatacji bez dodatkowych zakupów.

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

 ………………………………………………...

/podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy/

1. **WYKONAWCA:**

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

Adres: ……………………………………………

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

KRS/CEIDG ……………………………………

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

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

 ………………………………………………...

/podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy/