**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 drukarki do kasetek histopatologicznych***

 ***- 1 szt.*** 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: ………………………………………..

**Oferujemy gwarancję ……. miesięcy**

1. Termin płatności – przelew 60 dni od daty dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury.
2. Termin realizacji zamówienia: do 6 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 podpisanie umowy jest……………………………………………. (podać imię, nazwisko, stanowisko, załączyć pełnomocnictwo jeśli dotyczy)
6. Osobą odpowiedzialną za realizację przedmiotu zamówienia / do kontaktów ze strony Wykonawcy jest …................................................................. numer telefonu ……………….. .
7. 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/Model/Producent:**

**Rok produkcji: Urządzenie musi być fabrycznie nowe (rok produkcji 2025)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagania** | **Parametr graniczny** | **Parametr oferowany (Tak/Nie)** |
|  | Laserowa drukarka do kasetek histopatologicznych | Tak |  |
|  | Oprogramowanie umożliwiające projektowanie wzoru wydruku | Tak |  |
|  | Możliwość korzystania z kasetek z wieczkiem i bez wieczka, ogólnodostępnych na rynku, bez konieczności korzystania z dedykowanych kasetek | Tak |  |
|  | Laser ultrafioletowy pozwalający na generowanie gładkiego, precyzyjnego wydruku wysokiej jakości, niskoenergetyczny. | Tak |  |
|  | Możliwość drukowania pojedynczych kasetek na żądanie jak i całych serii | Tak |  |
|  | Możliwość drukowania kodów kreskowych, QR oraz alfanumerycznych | Tak |  |
|  | Urządzenie nie wymaga dodatkowego nakładu finansowego związanego z materiałami eksploatacyjnymi innymi niż kasetki histopatologiczne | Tak |  |
|  | Prosta konstrukcja urządzenia, z łatwym dostępem do przestrzeni, w których przemieszcza się kasetka podczas wydruku | Tak |  |
|  | Urządzenie sterowane za pośrednictwem podłączonego komputera pc, nie posiadające dodatkowych elementów sterujących w tym zewnętrznych paneli kontrolnych, wyświetlaczy dotykowych | Tak |  |
|  | Pojemność magazynka co najmniej 80 standardowych kasetek histopatologicznych | Tak |  |
|  | Szybkość drukowania w trybie na żądanie do 3 sekund na kasetkę | Tak |  |
|  | Cicha praca urządzenia maksymalnie 65 dB | Tak |  |
|  | Strefa odbioru zadrukowanych kasetek | Tak |  |
|  | Integracja z systemem LIS/HIS Zamawiajacego, jak również wydruk z podłączonego komputera z wykorzystaniem dostarczonej aplikacji producenta | Tak |  |
|  | Druk bezstykowy | Tak |  |
|  | Wydruk odporny na czynniki fizykochemiczne: wysoka temperatura, formalina, alkohol i ksylen | Tak |  |
|  | Zasilanie do 240 V, 50/60 HZ | Tak |  |
|  | Urządzenie sygnalizuje brak kasetek w magazynkach i automatycznie wznawia wydruk po uzupełnieniu kasetek | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w czujnik zatrzymujący wydruk po zapełnieniu się strefy odbioru kasetek. Po opróżnieniu strefy urządzenie automatycznie wznawia wydruk. W razie potrzeby Użytkownik ma możliwość samodzielnie odłączyć czujnik. | Tak |  |
|  | Wymiary drukarki (gł x szer x wys) opisanej według powyższej specyfikacji nie większe niż 515 x310x740 mm | Tak |  |
|  | Waga do 35 kg | Tak |  |
|  | **Szkolenia, gwarancja, serwis** |
|  | Przeszkolenie osób wskazanych przez Zamawiającego w zakresie obsługi, prowadzenia bieżącego serwisu technicznego aparatu i konserwacji potwierdzone certyfikatem szkolenia (3 osoby) + personel medyczny | 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 dotyczące 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/