**Załącznik Nr 2**

**Formularz ofertowy**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wykonawca** | |  | | |
| **Forma prowadzonej działalności** | |  | | |
| **Adres** | |  | | |
| **Adres do korespondencji** | |  | | |
| **Telefon** |  | | **email** |  |
| **NIP** |  | | **Regon** |  |
| **Osoba upoważniona do kontaktów w sprawie oferty, telefon** | | |  | |

W odpowiedzi na wniosek szacunkowa wartość zamówienia na realizację zadania pn:

**„ZAKUP I MONTAŻ KRIOKMORY W SZPITALU SPECJALISTYCZNYM IM. J DIETLA W KRAKOWIE PRZY AL. FOCHA WRAZ Z NIEZBĘDNYMI PRACAMI ADAPTACYJNYMI”**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Wartość netto** | **Vat** | **Wartość vat-u** | **Wartość brutto** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
|  | **Razem:** |  |  |  |  |

Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze szczegółowymi warunkami określonymi w zapytaniu i zobowiązujemy się do ich stosowania i ścisłego przestrzegania oraz akceptujemy je bez zastrzeżeń.

Imię i Nazwisko: ……………………………….

Data: …………………….

Podpis: ………………………………

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**„FORMULARZ PARAMETRY - TECHNICZNE”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry i warunki techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane**  **Potwierdzić „TAK” , a we wskazanych polach podać** |
|  | **I. Wymagania Ogólne** |  |  |
| 1 | Nazwa Urządzenia | Podać |  |
| 2 | Typ Urządzenia | Podać |  |
| 3 | Producent | Podać |  |
| 4 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 5 | Rok produkcji 2025, komplet urządzeń fabrycznie nowych, nie używanych, bez usterkowych, | Tak, podać |  |
| 6 | Aktualne dokumenty potwierdzające, że zaoferowany przez wykonawcę sprzęt jest dopuszczony do użytku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (deklaracja zgodności i oznakowanie znakiem CE), tzn. że oferowany sprzęt posiada wymogi określone w Ustawie z dnia 07.04.2022 r. o wyrobach medycznych (DZ.U 2024.1620 ) oraz dyrektywami Unii Europejskiej. | Tak, podać |  |
| 7 | Urządzenie spełnia wymogi Narodowego Funduszu Zdrowia. | Tak |  |
|  | **II. Parametry techniczne urządzenia** |  |  |
| 1 | Kriokomora 4 osobowa - składająca się z kabiny wstępnej (przedsionka), kabiny głównej (zabiegowej i pomieszczenie tchniczne) – 1 komplet. Komora o budowie modułowej, umożliwiającej dostawę w częściach i montaż w miejscu projektowanym. | Tak, podać |  |
| 2 | Dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych | Tak |  |
| 3 | Maksymalne wymiary zabudowy komór:  ­ szerokość max 4780 mm  ­ głębokość max 2700 mm  ­ wysokość max 2800 mm | Tak, podać |  |
| 4 | Zużycie azotu - na schłodzenie:  - w czasie zabiegów: | Tak, podać |  |
| 5 | Zakres temp roboczej kriokomory zabiegowej od -100 do -160 st. C  a przedsionek - 60 st. C co 5 st. C. , temperatura regulowana płynnie | Tak, podać |  |
| 6 | Zasilanie - 230V | Tak |  |
| 7 | Maksymalny pobór mocy w czasie pracy: 500W | Tak, podać |  |
| 8 | Maksymalny pobór mocy w czasie suszenia i dezynfekcji: 2000W | Tak, podać |  |
| 9 | Bezpieczne zasilanie wewnętrzne (oświetlenie, system zaworów): 12/24V | Tak |  |
| 10 | Zasilanie awaryjne (UPS) pozwalające na dokończenie zabiegu: 1600VA | Tak, podać |  |
| 11 | Wyłącznik głównego zasilania kriokomory w szafie sterowniczej | Tak |  |
| 12 | Czynnik roboczy - **ciekły azot** | Tak |  |
| 13 | Wielopunktowy system czujników temperatury w komorze w czasie pracy – minimum 3 | Tak, podać |  |
| 14 | System oświetlenia wewnętrznego komory - led | Tak |  |
| 15 | Dwukierunkowa komunikacja z użytkownikami kriokomory | Tak |  |
| 16 | Komunikaty ostrzegawcze o prawidłowych i nieprawidłowych parametrach zabiegowych (m.in. początek zabiegu, koniec zabiegu, początek i koniec wychładzania) | Tak |  |
| 17 | Kontrola (alarm) zamknięcia drzwi wejściowych | Tak |  |
| 18 | Możliwość awaryjnego przerwania zabiegu przez pacjenta (bezpieczne otwieranie drzwi od wewnątrz) | Tak |  |
| 19 | Możliwość ciągłej pracy (bez przerw na rozmrażanie/osuszanie) do 8 godzin | Tak |  |
| 20 | Dotykowy panel informacyjno-sterujący wraz z ekranem minimum 15’’ (widoczne wszystkie elementy zabiegu oraz alarmy), odporny na zawilgocenie i możliwy do dezynfekcji:   * programowalny czas zabiegu w przedziale 1-3 minuty, * programowalny przez obsługę czas osuszania od 3-5 godzin, * wizualizacja temperatury, * wizualizacja czasu zabiegu, * komunikacja głosowa obsługi z pacjentem, * licznik zabiegów, * stan procesu automatycznego osuszania, * komunikaty ostrzegawcze o prawidłowych i nieprawidłowych parametrach zabiegowych * komunikat o zakończeniu wychładzania | Tak |  |
| 21 | Klawiatura w urządzeniu sterującym odporna na zawilgocenie i możliwa do dezynfekcji. |  |  |
| 22 | Obsługa panelu w języku polskim | Tak |  |
| 23 | Monitoring poziomu tlenu (czujniki) w obu częściach kriomory i pomieszczeniu technicznym; obniżenie dopuszczalnego poziomu tlenu uruchamia głośny alarm oraz odcina dopływ ciekłego azotu do instalacji poprzez zamknięcie zaworów, | Tak |  |
| 24 | Programowalny przez obsługę czas osuszania i dezynfekcji | Tak |  |
| 25 | Bezobsługowy, automatyczny system osuszający kriokomorę (stan procesu widoczny na panelu dotykowym) | Tak |  |
| 26 | Ogrzewana podłoga w kabinie wstępnej i zabiegowej - na tym samym poziomie | Tak |  |
| 27 | Wewnętrzne i zewnętrzne ściany oraz podłogi wykonane i pokryte materiałem bezpiecznym dla pacjenta, charakteryzujące się odpornością na wilgoć i wodę, twardością powierzchni, odpornością na uderzenia, odpornością na związki chemiczne i biologiczne oraz wytrzymałością na zginanie i rozrywanie co zapewni żywotność kriokomory, | Tak |  |
| 28 | Możliwość obserwacji pacjenta w trakcie zabiegu (przez niezamarzające duże okna w przedsionku i komorze) | Tak |  |
| 29 | Stała obserwacja pacjenta oraz kamerę zainstalowaną wewnątrz komory głównej, monitor min. 32’’. | Tak |  |
| 30 | System przycisków bezpieczeństwa oraz zamków antypanicznych, | Tak |  |
| 31 | Drzwi wejściowe z zewnątrz do przedsionka jak również drzwi wewnętrzne pomiędzy przedsionkiem a pomieszczeniem zabiegowym częściowo przeszkolone wykonane ze szkła hartowanego , niezamarzające, w celu kontaktu wzrokowego z pacjentem | Tak |  |
| 32 | Komora zbudowana zaizolowanych ścian, zamknięta od góry sufitem | Tak |  |
| 33 | Połączenie drogą elektroniczną (sieć internetowa) z serwisem do zdalnej kontroli i regulacji parametrów zabiegu i parametrów pracy układu chłodniczego. | Tak |  |
|  | **III. Systemy bezpieczeństwa** |  |  |
| 1 | System zabezpieczający przed przepełnieniem systemu chłodzenia. W razie zejść i przelania azotu przez cały układ, system odcina dopływ ciekłego azotu. | Tak |  |
| 2 | System opcją zabezpieczenia przed nieautoryzowanym użyciem - blokada za pomocą kodu PIN | Tak |  |
| 3 | System zapobiegający zbyt długiemu pozostaniu w komorze. Jeżeli pacjenci nie zostań wyprowadzeni po krótkim czasie, rozbrzmiewa alarm | Tak |  |
| 4 | Połączenia instalacji wewnątrz komory kriogenicznej - lutowane zamiast skręcanych. | Tak |  |
|  | **IV. Inne wymagania** | Tak, podać |  |
| 1 | Oferowane urządzenia z wyposażeniem, wykonaniem prac montażowych wraz z kompletem instalacji dostosowanej do podłączenia do układu zasilania w czynnik chłodzący (instalacja rurociągowa), celem uruchomienia urządzeń kriokomory.  Po instalacji gotowe do użycia zgodnie z jego przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych kosztów. | Tak |  |
| 2 | Instalacja rurociągowa zostanie doprowadzona do zbiornika zamontowanego przez Zamawiającego, planowana pojemność 5-7m3 na czynnik roboczy ciekły azot, | Tak |  |
| 3 | Aparatura instalowana przez autoryzowany serwis | Tak |  |
|  | **IV. Informacje dodatkowe - warunki gwarancji i serwisu** | Tak, podać |  |
| 1 | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany 60 m-cy) | Tak, podać |  |
| 2 | Gwarancja obejmuje wykonanie bezpłatnych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wraz z kosztami materiałów niezbędnych do ich wykonania, zgodnie z wymogami producenta jednak nie mniej niż l raz w roku. | Tak, podać |  |
| 3 | Bezpłatne co najmniej 2 szkolenia personelu medycznego w zakresie obsługi urządzeń przeprowadzone w siedzibie Zamawiającego.  Niezwłocznie po montażu i pierwszym uruchomieniu należy przeprowadzić szkolenie dla personelu Zamawiającego w zakresie obsługi urządzeń. | Tak, podać |  |
| 7 | Serwis pogwarancyjny na terenie Polski Zapewnienie dostępności części zamiennych przez min. 10 lat od daty dostawy i instalacji systemu w siedzibie użytkownika.  W ramach części zamiennych wszystkie elementy zainstalowanego urządzenia. | Tak, podać |  |
| 8 | Instrukcja w języku polskim, w formie wydrukowanej i wersji elektronicznej na płycie CD lub PenDrive. | Tak, |  |
| 9 | Paszport techniczny urządzenia | Tak, |  |

.........................................

data i podpisy