*Załącznik nr 1*

*Nr sprawy: ZP-.Z.39.2025*

**FORMULARZ OFERTOWY**

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

Adres Wykonawcy: ........................................................................................................................................................................

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

Nr telefonu: ...................................................Nr faxu ............................................ adres e΄mail …………..…………………….

Odpowiadając na zaproszenie do składania ofert w postępowaniu o udzielenie zamówienia o wartości szacunkowej netto nie przekraczającej 130 000 zł, na dostawę 1 szt. Autokeratorefraktrometr, 1 szt. Lampa szczelinowa, 1 szt. Perymetr, 1 szt. Nyktometr w ramach projektu finansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Działania 7.8 Infrastruktura ochrony zdrowia ( typ projektu 2, 3, 4) Priorytetu VII Lepsza dostępność do usług społecznych i zdrowotnych Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027 – umowa nr FELU.07.08-IZ.00-0056/24 pn. **„Poprawa dostępności do świadczeń na terenach wiejskich poprzez wyposażenie w sprzęt medyczny poradni Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie”.**

proponujemy realizację zamówienia na następujących warunkach:

**ZADANIE 1 PERYMETR - 1 szt.**

Cena netto ……………………….………………………………………………………………………………

Stawka VAT…………………………………………………………………………………………………………………………

Cena brutto …….…………………………………………………………………………………………………

Słownie brutto:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Producent: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Typ:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Rok produkcji………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Kraj pochodzenia ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Okres gwarancji………………………………………………………

Termin dostawy………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr / Opis** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymogów oraz opis parametrów oferowanych** |
|  | **Dane aparatu** | | |
|  | Aparat fabrycznie nowy nie starszy niż 2024 rok | **TAK** |  |
|  | Czasza aparatu asferyczna zgodna ze standardem Goldmanna | **TAK** |  |
|  | Fala bodźca w świetle widzialnym | **TAK** |  |
|  | Czas trwania bodźca 200 ms | **TAK** |  |
|  | Intensywność bodźca do 10000 asb | **TAK** |  |
|  | Oświetlenie tła 31,5 asb | **TAK** |  |
|  | Maksymalny obszar pomiaru +/-90° | **TAK** |  |
|  | Automatyczna reguluja natężenie światła w czaszy tła w zależności od natężenia światła w pomieszczeniu | **TAK** |  |
|  | Wykonywanie testów progowych i przesiewowych w zakresie:  - pole centralne  - pole peryferyjne  - pełne pole | **TAK** |  |
|  | Strategie mieszane testów:  - badanie przesiewowe z uwzględnieniem bodźca względnego i bezwzględnego  - badanie przesiewowe z pomiarem progowym w miejscu niedowidzenia | **TAK** |  |
|  | Algorytm skracający badanie bez straty informacji wraz z minimum trzema niezależnymi badaniami potwierdzającymi jego skuteczność | **TAK** |  |
|  | Wielkość bodźca regulowana w zakresie I-V wg. skali Goldmanna | **TAK** |  |
|  | Podgląd video umożliwiający ciągłą kontrolę fiksacji pacjenta | **TAK** |  |
|  | Elektryczne sterowanie podporą brody i czoła pacjenta | **TAK** |  |
|  | Możliwość śledzenia ruchów głowy i gałki ocznej podczas badania | **TAK** |  |
|  | Kontrola błędów fałszywie negatywnych i fałszywie pozytywnych | **TAK** |  |
|  | Wbudowana statystyczna baza danych do porównań z normą wiekową | **TAK** |  |
|  | Analiza statystyczna wyników badania (porównanie z normą wiekową, porównanie badań między sobą, oceny istotności odchylenia standardowego PSD, korygowane średnie odchylenie standardowe CPSD, oraz analiza w przypadku nieprzeziernych ośrodków optycznych oka, mapy prawdopodobieństwa dla jaskry) | **TAK** |  |
|  | Zestaw zawiera czaszę, komputer przetwarzający i archiwizujący dane oraz monitor , Drukarkę laserową umożliwiającą wydruk wyników testów | **TAK** |  |
|  | **Wyposażenie dodatkowe** |  |  |
|  | Uchwyt na soczewki korekcyjne z możliwością ruchu także w osi czaszy. | **TAK** |  |
|  | Stolik o napędzie elektromotorycznym | **TAK** |  |
|  | Wykaz środków chemicznych do dezynfekcji głowic i aparatu | **TAK** |  |
|  | Paszport techniczny | **TAK** |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | **TAK** |  |
|  | Montaż we wskazanym miejscu w siedzibie Zamawiającego potwierdzony protokołem instalacji | **TAK** |  |
|  | Bezpłatny serwis i przeglądy techniczne zgodnie z instrukcją serwisową w siedzibie Zamawiającego w całym okresie trwania gwarancji, z wymianą części zużywalnych na koszt Wykonawcy | **TAK** |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi sprzętu | **TAK** |  |
|  | W dniu instalacji szkolenie osób będących pracownikami Sekcji Aparatury Medycznej w zakresie obsługi serwisowej potwierdzone imiennymi certyfikatami do wykonywania drobnych napraw i przeglądów technicznych dostarczonych urządzeń. Ważność szkolenia – bezterminowo | **TAK** |  |
|  | Certyfikaty dopuszczające do stosowania w jednostkach medycznych na terenie Polski | **TAK** |  |
|  | Udokumentowanie każdego przeglądu i naprawy raportem serwisowym i wpisem do paszportu | **TAK** |  |
|  | Trzykrotna wymiana tego samego podzespołu w czasie trwania gwarancji skutkuje wymianą na nowe urządzenie | **TAK** |  |
|  | W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 7 dni roboczych Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze o parametrach i funkcjonalności nie gorszej niż zaoferowane | **TAK** |  |
|  | Graniczny czas naprawy po przekroczeniu, którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji 7 dni roboczych - w przypadku, gdy Wykonawca nie zapewni urządzenia zastępczego | **TAK** |  |
|  | Wymiana podzespołu na nowy – natychmiast lub po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy | **TAK** |  |
|  | Urządzenie pozbawione ewentualnych blokad serwisowych, które po upływie gwarancji utrudniałyby właścicielowi dostęp do opcji serwisowych lub naprawę urządzenia przez inny niż Wykonawca podmiot. W przypadku występowania zabezpieczeń serwisowych Wykonawca przekaże Zamawiającemu kody serwisowe podczas ostatniego przeglądu gwarancyjnego | **TAK** |  |
|  | Dostępność części zamiennych dla Zamawiającego min 10 lat od podpisania protokołu odbioru | **TAK** |  |

**ZADANIE 2 Lampa szczelinowa - 1 szt.**

Cena netto ……………………….………………………………………………………………………………

Stawka VAT…………………………………………………………………………………………………………………………

Cena brutto …….…………………………………………………………………………………………………

Słownie brutto:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Producent: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Typ:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Rok produkcji………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Kraj pochodzenia ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Okres gwarancji………………………………………………………

Termin dostawy………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr / Opis** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymogów oraz opis parametrów oferowanych** |
|  | **Dane aparatu** | | |
|  | Aparat fabrycznie nowy nie starszy niż 2024 rok | **TAK** |  |
|  | Typ Haag-Strait | **TAK** |  |
|  | Oświetlenie LED | **TAK** |  |
|  | Układ powiększenia minimalnie 4 powiększenia | **TAK** |  |
|  | Pole widzenia w zakresie przynajmniej 8-20 mm | **TAK** |  |
|  | Regulacja wysokości podbródka w zakresie nie mniej niż 75 mm | **TAK** |  |
|  | Zakres ruchu przód tył nie mniej niż 100 mm | **TAK** |  |
|  | Zakres ruchu prawo lewo nie mniej niż 100 mm | **TAK** |  |
|  | Zakres ruchu góra -dół nie mniej niż 30 mm | **TAK** |  |
|  | Korekcja dioptriażu badającego nie mniej niż 5 D | **TAK** |  |
|  | Rozstaw źrenic badającego w zakresie nie mniejszym niż 55-80 mm | **TAK** |  |
|  | Filtr światła: niebieski, zielony, żółty | **TAK** |  |
|  | Steroskopowy mikroskop typ galileuszowy | **TAK** |  |
|  | Szerokość szczeliny bezstopniowa w zakresie nie mniej niż 0-15 mm | **TAK** |  |
|  | Regulacja długości szczeliny | **TAK** |  |
|  | Dołączony tonomer aplanacyjny z pryzmatem montowany na ramieniu | **TAK** |  |
|  | **Wyposażenie dodatkowe** |  |  |
|  | Stolik sterowany elektrycznie | **TAK** |  |
|  | Wykaz środków chemicznych do dezynfekcji | **TAK** |  |
|  | Paszport techniczny | **TAK** |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | **TAK** |  |
|  | Montaż we wskazanym miejscu w siedzibie Zamawiającego potwierdzony protokołem instalacji | **TAK** |  |
|  | Bezpłatny serwis i przeglądy techniczne zgodnie z instrukcją serwisową w siedzibie Zamawiającego w całym okresie trwania gwarancji, z wymianą części zużywalnych na koszt Wykonawcy | **TAK** |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi sprzętu | **TAK** |  |
|  | W dniu instalacji szkolenie osób będących pracownikami Sekcji Aparatury Medycznej w zakresie obsługi serwisowej potwierdzone imiennymi certyfikatami do wykonywania drobnych napraw i przeglądów technicznych dostarczonych urządzeń. Ważność szkolenia – bezterminowo | **TAK** |  |
|  | Certyfikaty dopuszczające do stosowania w jednostkach medycznych na terenie Polski | **TAK** |  |
|  | Udokumentowanie każdego przeglądu i naprawy raportem serwisowym i wpisem do paszportu | **TAK** |  |
|  | Trzykrotna wymiana tego samego podzespołu w czasie trwania gwarancji skutkuje wymianą na nowe urządzenie | **TAK** |  |
|  | W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 7 dni roboczych Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze o parametrach i funkcjonalności nie gorszej niż zaoferowane | **TAK** |  |
|  | Graniczny czas naprawy po przekroczeniu, którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji 7 dni roboczych - w przypadku, gdy Wykonawca nie zapewni urządzenia zastępczego | **TAK** |  |
|  | Wymiana podzespołu na nowy – natychmiast lub po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy | **TAK** |  |
|  | Urządzenie pozbawione ewentualnych blokad serwisowych, które po upływie gwarancji utrudniałyby właścicielowi dostęp do opcji serwisowych lub naprawę urządzenia przez inny niż Wykonawca podmiot. W przypadku występowania zabezpieczeń serwisowych Wykonawca przekaże Zamawiającemu kody serwisowe podczas ostatniego przeglądu gwarancyjnego | **TAK** |  |
|  | Dostępność części zamiennych dla Zamawiającego min 10 lat od podpisania protokołu odbioru | **TAK** |  |

**ZADANIE 3 Autokeratorefraktometr - 1 szt.**

Cena netto ……………………….………………………………………………………………………………

Stawka VAT…………………………………………………………………………………………………………………………

Cena brutto …….…………………………………………………………………………………………………

Słownie brutto:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Producent: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Typ:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Rok produkcji………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Kraj pochodzenia ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Okres gwarancji………………………………………………………

Termin dostawy………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr / Opis** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymogów oraz opis parametrów oferowanych** |
|  | **Dane aparatu** | | |
|  | Aparat fabrycznie nowy nie starszy niż 2024 rok | **TAK** |  |
|  | Ekran dotykowy LCD | **TAK** |  |
|  | Ekran o przekątnej 7-9 cali | **TAK** |  |
|  | Wbudowana drukarka termiczna z gilotyną | **TAK** |  |
|  | Elektryczna regulacja podbródka | **TAK** |  |
|  | Opcje: Refrakcja, Kertatometria, jednoczesna refrakcja i keratometria | **TAK** |  |
|  | Pomiar krzywizny bazowej soczewki kontaktowej. | **TAK** |  |
|  | **Refrakcja:** | **TAK** |  |
|  | Zakres sferyczny co 0.12D, 0.25 D od -25D do co najmniej +22D | **TAK** |  |
|  | Zakres cylindrów od 00 do +/-10.0 Dcyl | **TAK** |  |
|  | Pomiar mocy cylinada -,+,-/+ | **TAK** |  |
|  | Oś cylindra 1-180 stopni | **TAK** |  |
|  | Rozstaw źrenic od 10-80 mm | **TAK** |  |
|  | Minimalna szerokość źrenicy przy pomiarze 2 mm | **TAK** |  |
|  | **Keratometria** | **TAK** |  |
|  | Oś pomiaru 1-180 stopni | **TAK** |  |
|  | Moc cylindra 00 do +/- 10.00D | **TAK** |  |
|  | Średnica rogówki przynajmniej w zakresie: 5-12 mm | **TAK** |  |
|  | Promień rogówki przynajmniej w zakresie 5-10 mm | **TAK** |  |
|  | Astygmatyzm rogówkowy przynajmniej w zakresie 0-15D | **TAK** |  |
|  | Refrakcja rogówki przynajmniej w zakresie 33-68D | **TAK** |  |
|  | Keratometria peryferyjna :TAK | **TAK** |  |
|  | **Wyposażenie dodatkowe** |  |  |
|  | Stolik sterowany elektrycznie | **TAK** |  |
|  | Wykaz środków chemicznych do dezynfekcji | **TAK** |  |
|  | Paszport techniczny | **TAK** |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | **TAK** |  |
|  | Montaż we wskazanym miejscu w siedzibie Zamawiającego potwierdzony protokołem instalacji | **TAK** |  |
|  | Bezpłatny serwis i przeglądy techniczne zgodnie z instrukcją serwisową w siedzibie Zamawiającego w całym okresie trwania gwarancji, z wymianą części zużywalnych na koszt Wykonawcy | **TAK** |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi sprzętu | **TAK** |  |
|  | W dniu instalacji szkolenie osób będących pracownikami Sekcji Aparatury Medycznej w zakresie obsługi serwisowej potwierdzone imiennymi certyfikatami do wykonywania drobnych napraw i przeglądów technicznych dostarczonych urządzeń. Ważność szkolenia – bezterminowo | **TAK** |  |
|  | Certyfikaty dopuszczające do stosowania w jednostkach medycznych na terenie Polski | **TAK** |  |
|  | Udokumentowanie każdego przeglądu i naprawy raportem serwisowym i wpisem do paszportu | **TAK** |  |
|  | Trzykrotna wymiana tego samego podzespołu w czasie trwania gwarancji skutkuje wymianą na nowe urządzenie | **TAK** |  |
|  | W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 7 dni roboczych Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze o parametrach i funkcjonalności nie gorszej niż zaoferowane | **TAK** |  |
|  | Graniczny czas naprawy po przekroczeniu, którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji 7 dni roboczych - w przypadku, gdy Wykonawca nie zapewni urządzenia zastępczego | **TAK** |  |
|  | Wymiana podzespołu na nowy – natychmiast lub po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy | **TAK** |  |
|  | Urządzenie pozbawione ewentualnych blokad serwisowych, które po upływie gwarancji utrudniałyby właścicielowi dostęp do opcji serwisowych lub naprawę urządzenia przez inny niż Wykonawca podmiot. W przypadku występowania zabezpieczeń serwisowych Wykonawca przekaże Zamawiającemu kody serwisowe podczas ostatniego przeglądu gwarancyjnego | **TAK** |  |
|  | Dostępność części zamiennych dla Zamawiającego min 10 lat od podpisania protokołu odbioru | **TAK** |  |

**ZADANIE 4 Nyktometr - 1 szt.**

Cena netto ……………………….………………………………………………………………………………

Stawka VAT…………………………………………………………………………………………………………………………

Cena brutto …….…………………………………………………………………………………………………

Słownie brutto:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Producent: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Typ:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Rok produkcji………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Kraj pochodzenia ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Okres gwarancji………………………………………………………

Termin dostawy………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr / Opis** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymogów oraz opis parametrów oferowanych** |
|  | **Dane aparatu** | | |
|  | Aparat fabrycznie nowy nie starszy niż 2024 rok | **TAK** |  |
|  | Rozmiar wyświetlacza min 5” | **TAK** |  |
|  | Odległości testowe 33 cm, 40 cm, 57 cm, 1 m, nieskończone | **TAK** |  |
|  | Współrzędne kolorów x 0,32 / y 0,34 | **TAK** |  |
|  | Jasność fotopowa 120 cd/m² | **TAK** |  |
|  | Jasność mezopowa bez olśnienia 0,032 cd/m² | **TAK** |  |
|  | Jasność mezopowa z olśnieniem 0,1 cd/m² | **TAK** |  |
|  | Oświetlenie odblaskowe 0,35 luksa | **TAK** |  |
|  | Funkcja badania wzroku do dali i bliży | **TAK** |  |
|  | Standaryzowane test jazdy i ishihary | **TAK** |  |
|  | Badanie mezopowe widzenie kontrastowe z olśnieniem | **TAK** |  |
|  | Timer zapewniający adaptację do ciemności | **TAK** |  |
|  | Mezopowe widzenie kontrastowe z odblaskiem i bez   * Pierścień Landolta 5x1 Vis 0,1, lornetka, kontrast 23:1 * Pierścień Landolta 5x1 Vis 0,1, lornetka, kontrast 5:1 * Pierścień Landolta 5x1 Vis 0,1, lornetka, kontrast 2,7:1 * Pierścień Landolta 5x1 Vis 0,1, lornetka, kontrast 2:1 | **TAK** |  |
|  | Obiekt fiksacji   * Pierścień Landolta 5x1 Vis 0,1, lornetka, kontrast 23:1 * Pierścień Landolta 5x1 Vis 0,1, lornetka, kontrast 5:1 * Pierścień Landolta 5x1 Vis 0,1, lornetka, kontrast 2,7:1 * Pierścień Landolta 5x1 Vis 0,1, lornetka, kontrast 2:1 | **TAK** |  |
|  | Przesiewowe badanie wzroku do ogólnego użytku   * Odległość: zmienna * Badanie: ostrość wzroku * 5 pierścieni Landolta Vis 0,2 - Vis 1,0, prawe oko * 5 pierścieni Landolta Vis 0,2 - Vis 1,0, lewe oko * 5 pierścieni Landolta Vis 0,2 - Vis 1,0, lornetka | **TAK** |  |
|  | Przesiewowe badania wzroku z różnymi optotypami   * z alternatywnymi optotypami * pojedyncze optotypy | **TAK** |  |
|  | Badanie przesiewowe wzroku związane z ruchem drogowym  Badanie: ostrość wzroku  • 4 pierścienie Landolta, Vis 0,32, prawe oko  • 10 pierścieni Landolta, Vis 0,7, prawe oko  • 10 pierścieni Landolta, Vis 1.0, prawe oko (opcja)  • 4 pierścienie Landolta, Vis 0,32, lewe oko  • 10 pierścieni Landolta, Vis 0,7, lewe oko  • 10 pierścieni Landolta, Vis 1.0, lewe oko (opcja)  • 4 pierścienie Landolta, Vis 0,32, lornetka (opcja)  • 10 pierścieni Landolta, Vis 0,7, lornetka (opcja)  • 10 pierścieni Landolta, Vis 1.0, lornetka (opcja) | **TAK** |  |
|  | Badanie przesiewowe wzroku związane z ruchem drogowym klasy C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1E i prawo jazdy na przewóz osób:  • Badanie: ostrość wzroku  • 4 pierścienie Landolta, Vis 0,32, prawe oko  • 10 pierścieni Landolta, Vis 0,8, prawe oko  • 10 pierścieni Landolta, Vis 1.0, prawe oko (opcja)  • 4 pierścienie Landolta, Vis 0,32, lewe oko  • 10 pierścieni Landolta, Vis 0,8, lewe oko  • 10 pierścieni Landolta, Vis 1.0, lewe oko (opcja)  • 4 pierścienie Landolta, Vis 0,32, lornetka  • 10 pierścieni Landolta, Vis 0,8, lornetka  • 10 pierścieni Landolta, Vis 1.0, lornetka  Dostępne 2 różne układy  • Odległość: nieskończoność  • Testowanie: widzenie kolorów  • Ishihara 5, 7, 16, 29, 15, 45  • Odległość: nieskończoność  • Testowanie: foria  • Foria pozioma  • Phoria pionowa  • Odległość: nieskończoność  • Testowanie: stereopsja  • Test stereo 800”, 600”, 400”, 200”, 100”, 50”  • Test stereo 100” | **TAK** |  |
|  | Testy ostrości wzroku | **TAK** |  |
|  | Test widzenia barw | **TAK** |  |
|  | Stereotest | **TAK** |  |
|  | Test Forii | **TAK** |  |
|  | **Wyposażenie dodatkowe** |  |  |
|  | Stolik sterowany elektrycznie | **TAK** |  |
|  | Wykaz środków chemicznych do dezynfekcji | **TAK** |  |
|  | Paszport techniczny | **TAK** |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | **TAK** |  |
|  | Montaż we wskazanym miejscu w siedzibie Zamawiającego potwierdzony protokołem instalacji | **TAK** |  |
|  | Bezpłatny serwis i przeglądy techniczne zgodnie z instrukcją serwisową w siedzibie Zamawiającego w całym okresie trwania gwarancji, z wymianą części zużywalnych na koszt Wykonawcy | **TAK** |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi sprzętu | **TAK** |  |
|  | W dniu instalacji szkolenie osób będących pracownikami Sekcji Aparatury Medycznej w zakresie obsługi serwisowej potwierdzone imiennymi certyfikatami do wykonywania drobnych napraw i przeglądów technicznych dostarczonych urządzeń. Ważność szkolenia – bezterminowo | **TAK** |  |
|  | Certyfikaty dopuszczające do stosowania w jednostkach medycznych na terenie Polski | **TAK** |  |
|  | Udokumentowanie każdego przeglądu i naprawy raportem serwisowym i wpisem do paszportu | **TAK** |  |
|  | Trzykrotna wymiana tego samego podzespołu w czasie trwania gwarancji skutkuje wymianą na nowe urządzenie | **TAK** |  |
|  | W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 7 dni roboczych Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze o parametrach i funkcjonalności nie gorszej niż zaoferowane | **TAK** |  |
|  | Graniczny czas naprawy po przekroczeniu, którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji 7 dni roboczych - w przypadku, gdy Wykonawca nie zapewni urządzenia zastępczego | **TAK** |  |
|  | Wymiana podzespołu na nowy – natychmiast lub po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy | **TAK** |  |
|  | Urządzenie pozbawione ewentualnych blokad serwisowych, które po upływie gwarancji utrudniałyby właścicielowi dostęp do opcji serwisowych lub naprawę urządzenia przez inny niż Wykonawca podmiot. W przypadku występowania zabezpieczeń serwisowych Wykonawca przekaże Zamawiającemu kody serwisowe podczas ostatniego przeglądu gwarancyjnego | **TAK** |  |
|  | Dostępność części zamiennych dla Zamawiającego min 10 lat od podpisania protokołu odbioru | **TAK** |  |

**Łączna wartość razem**

Cena netto……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Stawka VAT…..%

Cena brutto………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Słownie brutto………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Oświadczamy, że:

Oferowane powyżej urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu i uruchomieniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.

Oświadczamy, że

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych – Samodzielny Publiczny Zespół opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie, ul. Sobieskiego 4, 22-300 Krasnystaw , KRS 0000097765 w celu związanym z prowadzonym postępowaniem na „dostawę 1 szt. Autokeratorefraktrometr, 1 szt. Lampa szczelinowa, 1 szt. Perymetr, 1 szt. Nyktometr w ramach projektu finansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Działania 7.8 Infrastruktura ochrony zdrowia ( typ projektu 2, 3, 4) Priorytetu VII Lepsza dostępność do usług społecznych i zdrowotnych Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027 – umowa nr FELU.07.08-IZ.00-0056/24 pn. **„Poprawa dostępności do świadczeń na terenach wiejskich poprzez wyposażenie w sprzęt medyczny poradni Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie”**

”

Oświadczam, że dane osobowe podaję dobrowolnie i zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej stanowiącej Załącznik Nr 2 do zaproszenia do składania ofert w postępowaniu na „dostawę 1 szt. Autokeratorefraktrometr, 1 szt. Lampa szczelinowa, 1 szt. Perymetr, 1 szt. Nyktometr w ramach projektu finansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Działania 7.8 Infrastruktura ochrony zdrowia ( typ projektu 2, 3, 4) Priorytetu VII Lepsza dostępność do usług społecznych i zdrowotnych Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027 – umowa nr FELU.07.08-IZ.00-0056/24 pn. **„Poprawa dostępności do świadczeń na terenach wiejskich poprzez wyposażenie w sprzęt medyczny poradni Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie”**

, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiani, który to fakt potwierdzam własnoręcznym podpisem.

1. Oświadczam, że wraz z ofertą składam następujące dokumenty:

……………………………………………………………………..

………………………………………………………………………

………………………………………………………………………

………………………………………………………………………

…………………………………………………………….. ……………………………………………………

*Miejscowość i data Podpis Wykonawcy*

**Informacja:**

*Dokument musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Podmiotu przez osobę podpisującą ofertę.*