**Załącznik nr 1.9 do SIWZ – Formularz Szczegółowy Oferty (Pakiet nr 9) – po zmianach**

Oznaczenie postępowania: **DA.ZP.242.98.2018**

**PAKIET NR 9:**

**Pozycja 1: Stół rehabilitacyjny z regulowaną wysokością – 1 szt.**

(Dostawa: **Oddział Neurologii)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Producent | Podać |  |
| 2. | Nazwa | Podać |  |
| 3. | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4. | Rok produkcji 2018, urządzenie fabrycznie nowe | TAK/Podać |  |

1. **Opis Przedmiotu zamówienia:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)** | ***Parametry oferowane*** *(podać zakres lub opisać)* |
|  | Stalowa wytrzymała konstrukcja malowana proszkowo kolor do uzgodnienia  |  |
|  | Elektryczna zmiana wysokości z obciążeniem nie mniejszym niż 150 kg |  |
|  | Stół dwusekcyjny /leżysko główne ,zagłówek z otworem na nos i brodę / |  |
|  | Regulowana wysokość zagłówka ręcznie za pomocą sprężyny gazowej / od -60 do +45 / |  |
|  | Uchwyt do mocowania papieru / o długość 63 cm / |  |
|  | Pilot nożny lub ręczny |  |
|  | Uchwyty do mocowania pasów stabilizacyjnych |  |
|  | Długość stołu 200-205 cm |  |
|  | Szerokość stołu 65- 69 cm |  |
|  | Regulacja wysokości stołu w zakresie 45 -95 cm |  |
|  | Obciążenie stołu 150-180 kg |  |
|  | Waga stołu 80 kg |  |
|  | Zasilanie 230V /50 Hz |  |
|  | Kolor tapicerki do uzgodnienia |  |
|  | Leżysko pokryte imitacja skóry ,łatwo zmywalna z możliwością użycia środków dezynfekcyjnych |  |
|  | Antypoślizgowe stopki z regulacją wysokości, umożliwiające wypoziomowanie stołu  |  |

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowystawowe, kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia działalności leczniczej bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

**Pozycja 2: Krzesło do masażu ręcznego w pozycji siedzącej – 1 szt.**

(Dostawa: **Oddział Neurologii)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Producent | Podać |  |
| 2. | Nazwa | Podać |  |
| 3. | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4. | Rok produkcji 2018, urządzenie fabrycznie nowe | TAK/Podać |  |

1. **Opis Przedmiotu zamówienia:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)** | ***Parametry oferowane*** *(podać zakres lub opisać)* |
|  | Fabrycznie nowy rok produkcji 2018 stalowa, wytrzymała konstrukcja |  |
|  | Podgumowane stopki zabezpieczające podłoże oraz przesuwanie się krzesła podczas zabiegu |  |
|  | Możliwość składania  |  |
|  | Obciążenie do 150 kg |  |
|  | Możliwość dopasowania do postawy każdego pacjenta |  |
|  | Półka pod ramiona z możliwością regulacji kąta nachylenia i wysokości |  |
|  | Podgłówek regulowany w pozycjach góra - dół |  |
|  | Dwa wygodne podkolanniki |  |
|  | Tapicerka trwała, łatwo zmywalna z możliwością użycia środków dezynfekujących |  |
|  | Kolor tapicerki do uzgodnienia |  |
|  | Wysokość 89-102 cm (bez podgłówka) |  |
|  | Głębokość 89 cm +/- 2 cm |  |
|  | Szerokość 49 cm +/- 2cm |  |
|  | Waga ok 12 kg |  |

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowystawowe, kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia działalności leczniczej bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

**B. FORMULARZ CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa, producent, nr katalogowy**/W przypadku, gdy poszczególne elementy składowe urządzenia zawierają własne nr katalogowe, należy podać te numery/ | **Wytwórca** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Stawka VAT (%)** | **Wartość netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość brutto** |
|  |
| **1** | **Stół rehabilitacyjny z rolowana wysokością** - o parametrach technicznych określonych w części A pozycji nr 1 |  |  | **1 szt.** |  |  |  |  |  |
| **2** | **Krzesło do masażu ręcznego w pozycji siedzącej** - o parametrach technicznych określonych w części A pozycji nr 2 |  |  | **1 szt.** |  |  |  |  |  |
|  |
| **RAZEM:** |  |  |  |  |  |

Wartość netto pakietu: ………………… Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: ………………… Słownie: ................................................................................

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

/podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/