........................................................ **Załącznik Nr 3 do SIWZ**

 Pieczęć adresowa firmy

 **FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY – Zadanie nr 3**

**aparatura medyczna dla przychodni przy ul. Styrskiej 44**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa i opis wyposażenia** | **Należy wskazać: Producenta oraz nazwę/typ/model /nr katalogowy** (wypełnia Wykonawca) | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość****netto** | **VAT****%** | **Wartość brutto** |
| 3. | **Defibrylator półautomatyczny (bez stolika)**Defibrylator zewnętrzny AED - półautomatyczny, dwufazowy przenośny. **Cechy:*** Komendy głosowe w języku polskim i angielskim z możliwością przełączenia wersji językowej.
* Automatyczna ocena rytmu EKG i analiza impedancji klatki piersiowej również w trakcie wykonywania uciśnięć.
* Zakres energii: 200 – 360J dla osób dorosłych oraz 35 – 90 J dla dzieci.
* Możliwość przełączenia w **tryb pediatryczny za pomocą przycisku** bez konieczności stosowania dodatkowych akcesoriów i elektrod.
* Przydatność elektrod do użycia min. 4 lata.
* Trwałość baterii: min. 100 wyładowań z energią maksymalną. Gwarancja baterii min. 4 lata.
* Pamięć wewnętrzna umożliwiająca automatyczne zapisywanie wszystkich danych EKG i zdarzeń medycznych min. 60 min.
* Możliwość bezprzewodowego przesyłania zapamiętanych danych poprzez WiFi lub sieć komórkową.
* Metronom i podpowiedzi o prawidłowym masażu serca, uwzględniające częstość, głębokości i miejsce uciśnięć klatki piersiowej oraz technikę wykonywania uciśnięć.
* Głośność urządzenia dopasowana do warunków otoczenia.
* Możliwość śledzenia lokalizacji urządzenia.
* Odporność na warunki atmosferyczne – klasa min. IP55.
* Deklaracja CE zgodna z dyrektywą medyczną 93/42/EEC.

Zestaw powinien zawierać: Defibrylator, elektrody EKG, baterię litową, przewód do łączności z PC, instrukcja obsługi w języku polskimApteczka AED: 2 pary rękawiczek, maska do sztucznego oddychania, golarka, nożyczki.Oferent powinien zapewnić szkolenie pracowników w zakresie obsługi aparatu w miejscu docelowego użytkowania aparatu. |  | **2** |  |  |  |  |
|  | **RAZEM:** |  |  |  |

**Oferujemy dostawę przedmiotu zamówienia za cenę:**

netto: .........................................PLN.

słownie: .......................................................................................................................................

brutto: ........................................PLN.

słownie: .......................................................................................................................................

w tym podatek VAT w kwocie: ...............................PLN.

słownie: .......................................................................................................................................

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

 Miejscowość, dnia Upełnomocniony przedstawiciel Wykonawcy