........................................................ **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 polskim  Apteczka 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