### Załącznik nr 1 do Siwz Część 1

**FORMULARZ OFERTOWY**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 1**

Aparat do diagnostyki zaburzeń oddychania podczas snu na potrzeby Katedry i Zakładu Stomatologii Doświadczalnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Zarejestrowana nazwa Wykonawcy:

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

Adres Wykonawcy:

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

Nazwiska osób po stronie Wykonawcy uprawnionych do jego reprezentowania przy sporządzaniu niniejszej oferty:

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

NIP ….............................. Regon ….....................................

Fax ….............................. E-mail ……................................... www …..................................

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia tj.:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Wartość netto PLN | VAT  (podać w %) | Wartość brutto PLN |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |
|  | Aparat do diagnostyki zaburzeń oddychania podczas snu na potrzeby Katedry i Zakładu Stomatologii Doświadczalnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.  *(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 2 do Siwz Część 1)* | ………. | ……% | …………. |
|  | Słownie brutto PLN | ………………………………………….……………………………………………… | | |
|  | Termin realizacji przedmiotu zamówienia  (maksymalnie do 6 tygodni od daty podpisania umowy) | zadeklarowany przez Wykonawcę: do ……..tygodni. | | |
| 1. 4. | Okres gwarancji przedmiotu zamówienia  (minimum 12 miesięcy, maksimum 24 miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru) | zadeklarowany przez Wykonawcę ……….. m-ce / m-cy | | |

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Siwz i akceptuję jej postanowienia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Wzoru umowy i akceptuję jego postanowienia.
3. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Klauzuli Informacyjnej, o której mowa w rozdziale III pkt 11 Siwz oraz, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem   
   w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
5. Oświadczam, że zamierzam powierzyć podwykonawcy/om wykonanie następujących części zamówienia:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(należy wskazać części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć).*

1. Wybór niniejszej oferty będzie /nie będzie (niewłaściwe skreślić) prowadzić do powstania   
   u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów   
   i usług. Wskazujemy nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania powyższego obowiązku podatkowego ….............................. oraz wartość tego towaru lub usługi bez kwoty podatku wynoszącą …..................... *(brak wskazania rozumiany będzie przez Zamawiającego jako informacja o tym, ze wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego powyższego obowiązku podatkowego).*

*[wybór oferty Wykonawcy prowadzi do „powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego”, kiedy zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług, to nabywca (Zamawiający) będzie zobowiązany do rozliczenia (odprowadzenia) podatku VAT].*

1. Oświadczam, że w rozumieniu przepisów art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 06.03.2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2019 r., poz. 1292) jestem:

mikroprzedsiębiorcą ….........................

małym przedsiębiorcą ….......................

średnim przedsiębiorcą….......................

dużym przedsiębiorcą ….........................

*(zaznaczyć właściwe)*

1. Załącznikami do niniejszej oferty są: (podać nr załącznika i stronę oferty).

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 2 do Siwz Część 1

**Arkusz informacji technicznej**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 1**

Aparat do diagnostyki zaburzeń oddychania podczas snu na potrzeby Katedry i Zakładu Stomatologii Doświadczalnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Producent ........................................................................................................................

Model ..............................................................................................................................

Numer katalogowy (jeśli dotyczy) ........................................................................................

Rok produkcji **................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Funkcje lub parametry graniczne,ustalone przez Zamawiającego | **Wartość**  **wymagana** | **Wartość oferowana**  **(wpisać TAK/NIE  a przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów)** |
| **I** | **Aparat do monitoringu snu** | | |
|  | Parametry fizyczne | | |
|  | rozmiary urządzenia nie większe niż szer.79mm x wys.63mm x gł.21mm | TAK, podać |  |
|  | waga nie przekraczająca 65 gramów | TAK, podać |  |
|  | zasilanie: jedna bateria, host PC USB w trakcie pobierania danych | TAK, podać |  |
|  | wyświetlacz: wymiary max. 19 x 35 mm, rozdzielczość 128 x 64 punktów | TAK, podać |  |
|  | połączenie USB 2.0: Mini-USB typ B | TAK, podać |  |
|  | Parametry techniczne | | |
|  | pojemność pamięci min. 1GB | TAK, podać |  |
|  | czas nagrywania do min. 24 godzin, łącznie z nagrywaniem rzeczywistego dźwięku | TAK, podać |  |
|  | komunikacja z komputerem: USB 2.0 Hi-Speed | TAK, podać |  |
|  | Parametry sygnału | | |
|  | dostępne sygnały: RIP klatki piersiowej i jamy brzusznej, ciśnienie nosowe/ciśnienie w masce, sygnał chrapania, kanał audio i chrapania, 2 kanały dwubiegunowe (PLM lub EKG lub EMG lub EEG), pozycja, aktywność, SpO2, tętno, pletyzmografia, ptCO2 , dane terapeutyczne | TAK, podać |  |
|  | kanały dwubiegunowe: Złącze touch-proof DIN 42-802, zakres AC wej. ±8 mV, szum <3 μVrms | TAK, podać |  |
|  | sygnał przepływu/ciśnienia: Zakres ciśnienia wej. 25 cmH2O, DC 90 Hz, szum <2 mmH2O | TAK, podać |  |
|  | sygnały aktywności/pozycji: Oś wewnętrzna 3, ±2 g | TAK, podać |  |
|  | sygnały dźwiękowe: Wewnętrzne pasmo 3,8 kHz, ADC 16 bit | TAK, podać |  |
|  | interfejs bezprzewodowy: Bluetooth V2.0 dla urządzeń zewnętrznych | TAK, podać |  |
|  | Oprogramowanie | | |
|  | Oprogramowanie | TAK, podać |  |
| **II** | **Pulsoksymetr kompatybilny z aparatem do monitoringu snu** | | |
|  | wymiary (bez sensora i paska):   * szerokość: 55-70 mm, * wysokość: 70-75mm, * grubość: ≤ 20 mm; | TAK, podać |  |
|  | waga (z bateriami I paskiem): maksymalnie 75g; | TAK, podać |  |
|  | zakres pomiaru saturacji tlenem (%SpO2): min. 0% do 100%; | TAK, podać |  |
|  | zakres mierzonego pulsu: min. 18 do 300 uderzeń na minutę. | TAK, podać |  |
|  | dokładność: saturacja (%SpO2 +/- 1) dla wartości z przedziału 70 - 100%; w bezruchu: +/- 2 jednostki; słabe krążenie krwi: +/- 2 jednostki; w ruchu: +/- 3 jednostki; tętno: +/- 3 jednostki. | TAK, podać |  |
|  | temperatura: pracy: min. -5° do +40°C; przechowywania/transportowania: min. -40° do +70°C; | TAK, podać |  |
|  | wilgotność: pracy: min. 10% do 95%; | TAK, podać |  |
|  | przechowywania/transportowania: min. 10% do 95%. | TAK, podać |  |
|  | żywotność baterii:  praca bez modułu Bluetooth :minimum 48 h;  praca z modułem Bluetooth: minimum 24 h;  w trybie podtrzymania: 9 miesięcy. | TAK, podać |  |
|  | pamięć: typ: nieulotna,  pojemność:  do 1,080 h przy 4 sekundowej częstotliwości poboru danych;  do 540 h przy 2 sekundowej częstotliwości poboru danych;  do 270 h przy 1 sekundowej. częstotliwości poboru danych. | TAK, podać |  |

1. Wykonawca oświadcza, że oferowane powyżej urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowywstawowe kompletne i po uruchomieniu będzie gotowe do pracy, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.
2. Nie spełnienie wszystkich parametrów lub funkcji, podanych w rubrykach „Funkcje lub parametry graniczne, ustalone przez Zamawiającego ” i „Wartość wymagana” spowoduje odrzucenie oferty.

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 1 do Siwz Część 2

**FORMULARZ OFERTOWY**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 2**

Analizator składu ciała z dedykowanym oprogramowaniem na potrzeby Katedry Patofizjologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Zarejestrowana nazwa Wykonawcy:

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

Adres Wykonawcy:

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

Nazwiska osób po stronie Wykonawcy uprawnionych do jego reprezentowania przy sporządzaniu niniejszej oferty:

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

NIP ….............................. Regon ….....................................

Fax ….............................. E-mail ……................................... www …..................................

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia tj.:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Wartość netto PLN | VAT  (podać w %) | Wartość brutto PLN |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |
| 1. 1 | Analizator składu ciała z dedykowanym oprogramowaniem na potrzeby Katedry Patofizjologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu  *(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 2 do Siwz Część 2)* | ……….. | ……% | …………. |
| Kabel USB | ……….. | ……% | …………. |
| Walizka transportowa | ……….. | ……% | …………. |
|  | Razem brutto | …………. | | |
|  | Słownie razem brutto PLN | ………………………………………….……………………………………………… | | |
|  | Termin realizacji przedmiotu zamówienia  (maksymalnie do 6 tygodni od daty podpisania umowy) | zadeklarowany przez Wykonawcę: do ……..tygodni. | | |
| 1. 4. | Okres gwarancji przedmiotu zamówienia  (minimum 12 miesięcy, maksimum 24 miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru) | zadeklarowany przez Wykonawcę ……….. m-ce / m-cy | | |

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Siwz i akceptuję jej postanowienia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Wzoru umowy i akceptuję jego postanowienia.
3. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Klauzuli Informacyjnej, o której mowa w rozdziale III pkt 11 Siwz oraz, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem   
   w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
5. Oświadczam, że zamierzam powierzyć podwykonawcy/om wykonanie następujących części zamówienia:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(należy wskazać części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć).*

1. Wybór niniejszej oferty będzie /nie będzie (niewłaściwe skreślić) prowadzić do powstania   
   u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów   
   i usług. Wskazujemy nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania powyższego obowiązku podatkowego ….............................. oraz wartość tego towaru lub usługi bez kwoty podatku wynoszącą …..................... *(brak wskazania rozumiany będzie przez Zamawiającego jako informacja o tym, ze wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego powyższego obowiązku podatkowego).*

*[wybór oferty Wykonawcy prowadzi do „powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego”, kiedy zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług, to nabywca (Zamawiający) będzie zobowiązany do rozliczenia (odprowadzenia) podatku VAT].*

1. Oświadczam, że w rozumieniu przepisów art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 06.03.2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2019 r., poz. 1292) jestem:

mikroprzedsiębiorcą ….........................

małym przedsiębiorcą ….......................

średnim przedsiębiorcą….......................

dużym przedsiębiorcą ….........................

*(zaznaczyć właściwe)*

1. Załącznikami do niniejszej oferty są: (podać nr załącznika i stronę oferty).

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 2 do Siwz Część 2

**Arkusz informacji technicznej**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 2**

Analizator składu ciała z dedykowanym oprogramowaniem na potrzeby Katedry Patofizjologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Producent ........................................................................................................................

Model ..............................................................................................................................

Numer katalogowy (jeśli dotyczy) ........................................................................................

Rok produkcji **................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Funkcje lub parametry graniczne,ustalone przez Zamawiającego | **Wartość**  **wymagana** | **Wartość oferowana**  **(wpisać TAK/NIE  a przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów)** |
|  | **Analizator składu ciała** | | |
|  | Klasa dokładności:  MDD: CLASS II a,  NAVI: CLASS III | TAK, podać |  |
|  | Zasilanie: 230 V AC(50/60) | TAK, podać |  |
|  | Zakres prądu: min. 18VA | TAK, podać |  |
|  | Metoda pomiaru: bioimpedancja elektryczna, minimum 8 elektrod | TAK, podać |  |
|  | Pomiar z wykorzystaniem 3 częstotliwości: 5, 50, 250kHz | TAK, podać |  |
|  | Maksymalne obciążenie co najmniej 270 kg | TAK, podać |  |
|  | Dokładność pomiaru: ±0.1 kg | TAK, podać |  |
|  | Wyświetlacz: podwójny ekran LCD | TAK, podać |  |
|  | Przesyłanie danych: port USB, RS-232 | TAK, podać |  |
|  | Możliwość zapisu danych na karcie SD | TAK, podać |  |
|  | Możliwość połączenia analizatora kablem USB z drukarką z funkcją PictBridge | TAK, podać |  |
|  | Waga urządzenia maksimum: 15,5kg | TAK, podać |  |
|  | Wymiary platformy: 360mmX360mmX94mm  (+/- 10%) | TAK, podać |  |
|  | Wymiary urządzenia:  360mmX615mmX1165mm (+/- 10%) | TAK, podać |  |
|  | Funkcja tary: 0-10kg z dokładnością co 0.1kg | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wyboru trybu sylwetki: Normalny, Sportowiec | TAK, podać |  |
|  | Możliwość pomiaru osób minimum w zakresie od 5 do 99 lat | TAK, podać |  |
|  | Możliwość połączenia z dedykowanym oprogramowaniem | TAK, podać |  |
|  | **Otrzymywane parametry pomiarowe:**   |  |  | | --- | --- | | Masa ciała (kg) |  | | Indeks Masy Ciała (BMI) |  | | Masa Tkanki Tłuszczowej (kg) |  | | Tkanka Tłuszczowa % (BF%) |  | | Wskaźnik Tkanki Tłuszczowej Wisceralnej |  | | Całkowita Masa Mięśni (kg) |  | | Całkowita Masa Mięśni (%) |  | | Całkowita Zawartość Wody w Organizmie % (TBW%) | | | |  | | Całkowita Zawartość Wody (TBW) kg | | | |  |   PPM - Podstawowa Przemiana Materii (BMR)  **Otrzymywane parametry pomiarowe dla segmentów**:  Masa Mięśni (kg)  Wskaźnik masy mięśni (-4 -+4 co 1)  Tkanka Tłuszczowa %  Masa tkanki tłuszczowej (kg)  Wskaźnik tkanki tłuszczowej (-4 -+4 co 1)  **Otrzymywane** **parametry pomiarowe z dedykowanym oprogramowaniem**:  Masa Mięśni Szkieletowych (kg, %)  Masa Wody Wewnątrzkomórkowej (ICW) (kg)  Masa Wody Zewnątrzkomórkowej (ECW) (kg)  Stosunek ECW/TBW (%)  Masa Tkanki Beztłuszczowej (kg)  Wiek Metaboliczny  Masa Minerałów Kostnych(kg)  Masa Protein (kg)  Wskaźnik Budowy Ciała Physique rating  Kąt Fazowy  Indeks Sarkopenii (kg/m2)  **Otrzymywane** **parametry pomiarowe dla segmentów z dedykowanym oprogramowaniem**:  Masa Tkanki Beztłuszczowej w Segmentach  Masa Tkanki Tłuszczowej w Segmentach  Ocena Masy Mięśni Nóg  Segmentowa Impedancja  Segmentowa Reaktancja/Rezystancja  Segmentowa Równowaga Masy Mięśni  Segmentowy Kąt Fazowy  Wskaźnik Masy Mięśni w Segmentach  Wskaźnik Rozłożenia Tkanki Tłuszczowej | TAK, podać |  |
|  | Oprogramowanie | TAK, podać |  |
|  | Kabel USB – AB | TAK, podać |  |
|  | Walizka transportowa | TAK, podać |  |

1. Wykonawca oświadcza, że oferowane powyżej urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowywstawowe kompletne i po uruchomieniu będzie gotowe do pracy, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.
2. Nie spełnienie wszystkich parametrów lub funkcji, podanych w rubrykach „Funkcje lub parametry graniczne, ustalone przez Zamawiającego ” i „Wartość wymagana” spowoduje odrzucenie oferty.

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 1 do Siwz Część 3

**FORMULARZ OFERTOWY**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 3**

System do elektroforezy kapilarnej na potrzeby Kliniki Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Zarejestrowana nazwa Wykonawcy:

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

Adres Wykonawcy:

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

Nazwiska osób po stronie Wykonawcy uprawnionych do jego reprezentowania przy sporządzaniu niniejszej oferty:

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

NIP ….............................. Regon ….....................................

Fax ….............................. E-mail ……................................... www …..................................

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia tj.:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Wartość netto PLN | VAT  (podać w %) | Wartość brutto PLN |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |
| 1. 1 | System do elektroforezy kapilarnej na potrzeby Kliniki Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.  *(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 2 do Siwz Część 3)* | …………. | ……% | …………. |
| Zestaw odczynników  *(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 2 do Siwz Część 3)* | …………. | ……% | …………. |
|  | Razem brutto | ………..…………. | | |
|  | Słownie razem brutto PLN | ………………………………………….……………………………………………… | | |
|  | Termin realizacji przedmiotu zamówienia  (maksymalnie do 6 tygodni od daty podpisania umowy) | zadeklarowany przez Wykonawcę: do ……..tygodni. | | |
| 1. 4. | Okres gwarancji przedmiotu zamówienia  (minimum 12 miesięcy, maksimum 24 miesiące od dnia podpisania protokołu odbioru) | zadeklarowany przez Wykonawcę ……….. m-ce / m-cy | | |

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Siwz i akceptuję jej postanowienia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Wzoru umowy i akceptuję jego postanowienia.
3. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Klauzuli Informacyjnej, o której mowa w rozdziale III pkt 11 Siwz oraz, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem   
   w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
5. Oświadczam, że zamierzam powierzyć podwykonawcy/om wykonanie następujących części zamówienia:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(należy wskazać części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć).*

1. Wybór niniejszej oferty będzie /nie będzie (niewłaściwe skreślić) prowadzić do powstania   
   u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów   
   i usług. Wskazujemy nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania powyższego obowiązku podatkowego ….............................. oraz wartość tego towaru lub usługi bez kwoty podatku wynoszącą …..................... *(brak wskazania rozumiany będzie przez Zamawiającego jako informacja o tym, ze wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego powyższego obowiązku podatkowego).*

*[wybór oferty Wykonawcy prowadzi do „powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego”, kiedy zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług, to nabywca (Zamawiający) będzie zobowiązany do rozliczenia (odprowadzenia) podatku VAT].*

1. Oświadczam, że w rozumieniu przepisów art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 06.03.2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2019 r., poz. 1292) jestem:

mikroprzedsiębiorcą ….........................

małym przedsiębiorcą ….......................

średnim przedsiębiorcą….......................

dużym przedsiębiorcą ….........................

*(zaznaczyć właściwe)*

1. Załącznikami do niniejszej oferty są: (podać nr załącznika i stronę oferty).

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 2 do Siwz Część 3

**Arkusz informacji technicznej**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 3**

System do elektroforezy kapilarnej na potrzeby Kliniki Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Producent ........................................................................................................................

Model ..............................................................................................................................

Numer katalogowy (jeśli dotyczy) ........................................................................................

Rok produkcji **................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Funkcje lub parametry graniczne,ustalone przez Zamawiającego | **Wartość**  **wymagana** | **Wartość oferowana**  **(wpisać TAK/NIE  a przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów)** |
|  | Urządzenie wykonujące elektroforezę kapilarną DNA i RNA przy wykorzystaniu wystandaryzowanych żeli, fabrycznie załadowanych w gotowe do użytku kartridże, z możliwością analizy ilościowej i jakościowej badanych próbek | TAK, podać |  |
|  | Automatyzacja analiz - możliwość jednorazowego nastawienia analizy od min. 1 do 96 próbek RNA lub DNA | TAK, podać |  |
|  | Zakres wielkości analizowanych fragmentów potwierdzony oryginalną broszurą lub instrukcją producenta:   * w próbkach DNA, co najmniej od 15 do 10000 par zasad * w próbkach RNA, co najmniej od 15 do 6000 par zasad | TAK, podać |  |
|  | Rozdzielczość rozdziału dla próbek DNA - co najmniej 3 pary zasad | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie umożliwiające prowadzenie analiz o wysokich rozdzielczościach, szybkich analiz skriningowych oraz analiz dużych fragmentów | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wyznaczania parametru jakości (integralności) analizowanego RNA umożliwiających standaryzację próbek pomiędzy eksperymentami | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wyznaczania stężenia kwasów nukleinowych w analizowanych próbkach | TAK, podać |  |
|  | Czułość detekcji w próbkach DNA – co najmniej 0,1 ng/µl | TAK, podać |  |
|  | Możliwość rozdziału co najmniej 12 próbek równocześnie | TAK, podać |  |
|  | Czas rozdziału elektroforetycznego 12 próbek:   * dla RNA, nie większy niż 10 minut * dla DNA, nie większy niż 15 minut z możliwością skrócenia do wartości poniżej 5 min stosując kartridż do szybkich analiz. | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie niewymagające ręcznego przygotowania żelu | TAK, podać |  |
|  | Czas dostawy materiałów zużywalnych niezbędnych do użytkowania sprzętu (np. kartridży z żelem) – do 2 tygodni | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie kompatybilne z kartridżami posiadającymi 12 kapilar dla szybkiego procesowania większej ilości prób | TAK, podać |  |
|  | Kartridże kompatybilne z systemem wystarczające na przynajmniej na 1200, 2400 oraz 3000 prób w zależności od aplikacji | TAK, podać |  |
|  | Stosowane w urządzeniu kartridże mogą być usuwane z urządzenia pomiędzy kolejnymi eksperymentami i ponownie używane do czasu wykorzystania nominalnej wartości rozdziałów określonej przez producenta | TAK, podać |  |
|  | System umożliwiający korzystanie zarówno z nabojów producenta zawierających azot jak i podłączenie do aparatu zewnętrznego źródła azotu | TAK, podać |  |
|  | Dostępne drzwiczki serwisowe do kontroli ciśnienia w układzie za pomocą wbudowanego manometru oraz do wymiany filtra | TAK, podać |  |
|  | Oprogramowanie umożliwiające użytkownikowi:   * kontrolę systemu i projektowanie analiz; * zbieranie i przechowywanie uzyskanych wyników; * analizę uzyskanych wyników; * eksport analiz do plików typu .xls i .pdf | TAK, podać |  |
|  | Oprogramowanie umożliwiające prezentację danych w czasie rzeczywistym podczas analizy | TAK, podać |  |
|  | Zgodność oprogramowania z wymogami normy 21 CFR part 11 lub równoważnej | TAK, podać |  |
|  | Oprogramowanie z dostępnymi przynajmniej 4 profilami użytkownika zabezpieczonymi hasłem: administrator - do zarządzania i zmiany ustawień, podstawowy – wykorzystujący zdefiniowane ustawienia, zaawansowany – dla użytkowników korzystających z zaawansowanych funkcji oprogramowania oraz profil analizy rutynowe – dla większej liczby użytkowników wykonujących dużą liczbę analiz rutynowo | TAK, podać |  |
|  | Prezentacja wyników analiz w postaci pojedynczego elektroforegramu, listy elektroforegramów, widoku nałożonych na siebie danych, widoku żelu oraz tabeli zawierającej przynajmniej 17 różnych parametrów | TAK, podać |  |
|  | Zasilanie systemu oraz komputera - 230V/50 Hz | TAK, podać |  |
|  | Dostęp telefoniczny i/lub e-mailowy do działu wspomagania aplikacyjnego | TAK, podać |  |
|  | Komputer/laptop o parametrach technicznych spełniających wymagania oprogramowania służącego do obsługi systemu (punkty 18, 19, 20 i 21) wraz z zainstalowanym oprogramowaniem | TAK, podać |  |
|  | Zestaw odczynników wystarczających na wykonanie analizy co najmniej 1200 próbek DNA o wielkości 15 bp–10 kb z wysoką rozdzielczością. | TAK, podać |  |

1. Wykonawca oświadcza, że oferowane powyżej urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowywstawowe kompletne i po uruchomieniu będzie gotowe do pracy, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.
2. Nie spełnienie wszystkich parametrów lub funkcji, podanych w rubrykach „Funkcje lub parametry graniczne, ustalone przez Zamawiającego ” i „Wartość wymagana” spowoduje odrzucenie oferty.

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 1 do Siwz Część 4

**FORMULARZ OFERTOWY**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 4**

Generator radiografii bezpośredniej na potrzeby Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Zarejestrowana nazwa Wykonawcy:

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

Adres Wykonawcy:

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

Nazwiska osób po stronie Wykonawcy uprawnionych do jego reprezentowania przy sporządzaniu niniejszej oferty:

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

NIP ….............................. Regon ….....................................

Fax ….............................. E-mail ……................................... www …..................................

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia tj.:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Wartość netto PLN | VAT  (podać w %) | Wartość brutto PLN |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |
| 1. 1 | Generator radiografii bezpośredniej na potrzeby Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. *(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 2 do Siwz Część 4)* | …………. | ……% | …………. |
|  | Słownie brutto PLN | ………………………………………….……………………………………………… | | |
|  | Termin realizacji przedmiotu zamówienia  (maksymalnie do 6 tygodni od daty podpisania umowy) | zadeklarowany przez Wykonawcę: do ……..tygodni. | | |
| 1. 4. | Okres gwarancji przedmiotu zamówienia  (minimum 12 miesięcy, maksimum 36 miesiące od dnia podpisania protokołu odbioru) | zadeklarowany przez Wykonawcę ……….. m-ce / m-cy | | |

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Siwz i akceptuję jej postanowienia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Wzoru umowy i akceptuję jego postanowienia.
3. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Klauzuli Informacyjnej, o której mowa w rozdziale III pkt 11 Siwz oraz, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem   
   w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
5. Oświadczam, że zamierzam powierzyć podwykonawcy/om wykonanie następujących części zamówienia:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(należy wskazać części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć).*

1. Wybór niniejszej oferty będzie /nie będzie (niewłaściwe skreślić) prowadzić do powstania   
   u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów   
   i usług. Wskazujemy nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania powyższego obowiązku podatkowego ….............................. oraz wartość tego towaru lub usługi bez kwoty podatku wynoszącą …..................... *(brak wskazania rozumiany będzie przez Zamawiającego jako informacja o tym, ze wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego powyższego obowiązku podatkowego).*

*[wybór oferty Wykonawcy prowadzi do „powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego”, kiedy zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług, to nabywca (Zamawiający) będzie zobowiązany do rozliczenia (odprowadzenia) podatku VAT].*

1. Oświadczam, że w rozumieniu przepisów art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 06.03.2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2019 r., poz. 1292) jestem:

mikroprzedsiębiorcą ….........................

małym przedsiębiorcą ….......................

średnim przedsiębiorcą….......................

dużym przedsiębiorcą ….........................

*(zaznaczyć właściwe)*

1. Załącznikami do niniejszej oferty są: (podać nr załącznika i stronę oferty).

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 2 do Siwz Część 4

**Arkusz informacji technicznej**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 4**

Generator radiografii bezpośredniej na potrzeby Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Producent ........................................................................................................................

Model ..............................................................................................................................

Numer katalogowy (jeśli dotyczy) ........................................................................................

Rok produkcji **................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Funkcje lub parametry graniczne,ustalone przez Zamawiającego | **Wartość**  **wymagana** | **Wartość oferowana**  **(wpisać TAK/NIE  a przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów)** |
|  | **Waga: max.** 13 kg | TAK, podać |  |
|  | **Wymiary:** 250 x 195 x 355 ( ± 10mm)  (szer. x wys. x dł.) | TAK, podać |  |
|  | **Moc Lampy:** 2,4 – 3,2 kW | TAK, podać |  |
|  | **Zakres wartości mAs:** 0,4-100 mAs | TAK, podać |  |
|  | **Zakres kV:** 40-100 kV | TAK, podać |  |
|  | **Moc:** 110-220 Vac, 50-60 Hz | TAK, podać |  |
|  | **Ognisko: max.** 1,2 mm | TAK, podać |  |
|  | Lampa kolimator - typu LED | TAK, podać |  |
|  | Wbudowany podwójny laser | TAK, podać |  |
|  | **Kolimator wymiary:** 35×35 cm@65cm SID | TAK, podać |  |
|  | **Wbudowana miarka SID: 1.9 – 2.1m** | TAK, podać |  |
|  | **Wyłącznik czasowy kolimatora: 25-35 sek.** | TAK, podać |  |

1. Wykonawca oświadcza, że oferowane powyżej urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowywstawowe kompletne i po uruchomieniu będzie gotowe do pracy, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.
2. Nie spełnienie wszystkich parametrów lub funkcji, podanych w rubrykach „Funkcje lub parametry graniczne, ustalone przez Zamawiającego ” i „Wartość wymagana” spowoduje odrzucenie oferty.

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 1 do Siwz Część 5

**FORMULARZ OFERTOWY**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 5**

Aparat do pomiaru skurczowego ciśnienia tętniczego krwi na palcach kończyn dolnych i górnych oraz wskaźnika TBI na potrzeby Katedry i Kliniki Angiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Zarejestrowana nazwa Wykonawcy:

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

Adres Wykonawcy:

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

Nazwiska osób po stronie Wykonawcy uprawnionych do jego reprezentowania przy sporządzaniu niniejszej oferty:

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

NIP ….............................. Regon ….....................................

Fax ….............................. E-mail ……................................... www …..................................

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia tj.:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Wartość netto PLN | VAT  (podać w %) | Wartość brutto PLN |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |
| 1. 1 | Aparat do pomiaru skurczowego ciśnienia tętniczego krwi na palcach kończyn dolnych i górnych oraz wskaźnika TBI na potrzeby Katedry i Kliniki Angiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. *(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 2 do Siwz Część 5)* | …………. | ……% | …………. |
|  | Słownie brutto PLN | ………………………………………….……………………………………………… | | |
|  | Termin realizacji przedmiotu zamówienia  (maksymalnie do 6 tygodni od daty podpisania umowy) | zadeklarowany przez Wykonawcę: do ……..tygodni. | | |
| 1. 4. | Okres gwarancji przedmiotu zamówienia  (minimum 12 miesięcy, maksimum 24 miesiące od dnia podpisania protokołu odbioru) | zadeklarowany przez Wykonawcę ……….. m-ce / m-cy | | |

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Siwz i akceptuję jej postanowienia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Wzoru umowy i akceptuję jego postanowienia.
3. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Klauzuli Informacyjnej, o której mowa w rozdziale III pkt 11 Siwz oraz, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem   
   w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
5. Oświadczam, że zamierzam powierzyć podwykonawcy/om wykonanie następujących części zamówienia:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(należy wskazać części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć).*

1. Wybór niniejszej oferty będzie /nie będzie (niewłaściwe skreślić) prowadzić do powstania   
   u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów   
   i usług. Wskazujemy nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania powyższego obowiązku podatkowego ….............................. oraz wartość tego towaru lub usługi bez kwoty podatku wynoszącą …..................... *(brak wskazania rozumiany będzie przez Zamawiającego jako informacja o tym, ze wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego powyższego obowiązku podatkowego).*

*[wybór oferty Wykonawcy prowadzi do „powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego”, kiedy zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług, to nabywca (Zamawiający) będzie zobowiązany do rozliczenia (odprowadzenia) podatku VAT].*

1. Oświadczam, że w rozumieniu przepisów art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 06.03.2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2019 r., poz. 1292) jestem:
2. mikroprzedsiębiorcą ….........................
3. małym przedsiębiorcą ….......................
4. średnim przedsiębiorcą….......................

dużym przedsiębiorcą ….........................

*(zaznaczyć właściwe)*

1. Załącznikami do niniejszej oferty są: (podać nr załącznika i stronę oferty).

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 2 do Siwz Część 5

**Arkusz informacji technicznej**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 5**

Aparat do pomiaru skurczowego ciśnienia tętniczego krwi na palcach kończyn dolnych i górnych oraz wskaźnika TBI na potrzeby Katedry i Kliniki Angiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Producent ........................................................................................................................

Model ..............................................................................................................................

Numer katalogowy (jeśli dotyczy) ........................................................................................

Rok produkcji **................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Funkcje lub parametry graniczne,ustalone przez Zamawiającego | **Wartość**  **wymagana** | **Wartość oferowana**  **(wpisać TAK/NIE  a przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów)** |
|  | Parametry środowiskowe | | |
|  | Warunki pracy:  temp. min. 15 do 40 °C,  wilgotność względna min. 20-80 % . | TAK, podać |  |
|  | Warunki transportu i przechowywania:  temp. min. 10 do 50 °C,  wilgotność względna min. 10-100 % . | TAK, podać |  |
|  | Parametry elektryczne | | |
|  | Czas ładowania: max. 1,5 h. | TAK, podać |  |
|  | Czas rozładowania w stanie standby: min. 3h  Czas rozładowania w stanie pracy: min. 50 badań. | TAK, podać |  |
|  | Zasilanie:  - Zintegrowany akumulator min. 9V  - Zewnętrzna ładowarka (110V lub 220V)  - Wskaźnik naładowania baterii  - Automatyczne wyłączanie urządzenia, gdy nie jest używane | TAK, podać |  |
|  | Parametry fizyczne | | |
|  | Wymiary: max. 15 cm x 10 cm,  wysokość: max. 5.5 cm | TAK, podać |  |
|  | Waga: max. 0.5 kg |  |  |
|  | Pamięć wewnętrzna : min. 32 pomiary |  |  |
|  | Zakres pomiarowy ciśnienia  (pomiar i wyświetlanie): min. 0-330 mmHg  Dokładność:  +/- 3% powyżej 70mmHg i  +/- 2mmHg poniżej 70mmHg | TAK, podać |  |
|  | Czujnik PPG: czujnik podczerwieni | TAK, podać |  |
|  | Bezpieczeństwo | | |
|  | Zgodność z międzynarodowym kodem bezpieczeństwa IEC 601-1 lub równoważnym | TAK, podać |  |
|  | Rodzaj zasilania: podczas pracy - wewnętrzne. | TAK, podać |  |
|  | Klasa bezpieczeństwa: typ BF lub równoważna. | TAK, podać |  |
|  | Wskaźnik bezpieczeństwa mechanicznego: IP20 lub równoważny. | TAK, podać |  |
|  | Opakowanie: dostarczane w plastikowym pudełku zawierającym wszystkie akcesoria | TAK, podać |  |

1. Wykonawca oświadcza, że oferowane powyżej urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowywstawowe kompletne i po uruchomieniu będzie gotowe do pracy, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.
2. Nie spełnienie wszystkich parametrów lub funkcji, podanych w rubrykach „Funkcje lub parametry graniczne, ustalone przez Zamawiającego ” i „Wartość wymagana” spowoduje odrzucenie oferty.

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 1 do Siwz Część 6

**FORMULARZ OFERTOWY**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 6**

Monitor ryzyka sercowo-naczyniowego na potrzeby Zakładu Dietetyki Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Zarejestrowana nazwa Wykonawcy:

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

Adres Wykonawcy:

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

Nazwiska osób po stronie Wykonawcy uprawnionych do jego reprezentowania przy sporządzaniu niniejszej oferty:

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

NIP ….............................. Regon ….....................................

Fax ….............................. E-mail ……................................... www …..................................

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia tj.:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Wartość netto PLN | VAT  (podać w %) | Wartość brutto PLN |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |
| 1. 1 | Monitor ryzyka sercowo-naczyniowego na potrzeby Zakładu Dietetyki Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. *(zgodnie z opisem podanym w Arkuszu informacji technicznej, stanowiącym załącznik nr 2 do Siwz Część 6)* | …………. | ……% | …………. |
|  | Słownie brutto PLN | ………………………………………….……………………………………………… | | |
|  | Termin realizacji przedmiotu zamówienia  (maksymalnie do 6 tygodni od daty podpisania umowy) | zadeklarowany przez Wykonawcę: do ……..tygodni. | | |
| 1. 4. | Okres gwarancji przedmiotu zamówienia  (minimum 12 miesięcy, maksimum 24 miesiące od dnia podpisania protokołu odbioru) | zadeklarowany przez Wykonawcę ……….. m-ce / m-cy | | |

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Siwz i akceptuję jej postanowienia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Wzoru umowy i akceptuję jego postanowienia.
3. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Klauzuli Informacyjnej, o której mowa w rozdziale III pkt 11 Siwz oraz, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem   
   w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
5. Oświadczam, że zamierzam powierzyć podwykonawcy/om wykonanie następujących części zamówienia:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(należy wskazać części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć).*

1. Wybór niniejszej oferty będzie /nie będzie (niewłaściwe skreślić) prowadzić do powstania   
   u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów   
   i usług. Wskazujemy nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania powyższego obowiązku podatkowego ….............................. oraz wartość tego towaru lub usługi bez kwoty podatku wynoszącą …..................... *(brak wskazania rozumiany będzie przez Zamawiającego jako informacja o tym, ze wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego powyższego obowiązku podatkowego).*

*[wybór oferty Wykonawcy prowadzi do „powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego”, kiedy zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług, to nabywca (Zamawiający) będzie zobowiązany do rozliczenia (odprowadzenia) podatku VAT].*

1. Oświadczam, że w rozumieniu przepisów art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 06.03.2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2019 r., poz. 1292) jestem:
2. mikroprzedsiębiorcą ….........................
3. małym przedsiębiorcą ….......................
4. średnim przedsiębiorcą….......................

dużym przedsiębiorcą ….........................

*(zaznaczyć właściwe)*

1. Załącznikami do niniejszej oferty są: (podać nr załącznika i stronę oferty).

Podpis i pieczęć Wykonawcy

### Załącznik nr 2 do Siwz Część 6

**Arkusz informacji technicznej**

NAZWA POSTĘPOWANIA

**Część 6**

Monitor ryzyka sercowo-naczyniowego na potrzeby Zakładu Dietetyki Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Producent ........................................................................................................................

Model ..............................................................................................................................

Numer katalogowy (jeśli dotyczy) ........................................................................................

Rok produkcji **................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Funkcje lub parametry graniczne,ustalone przez Zamawiającego | **Wartość**  **wymagana** | **Wartość oferowana**  **(wpisać TAK/NIE  a przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów)** |
|  | Parametry techniczne | | |
|  | Urządzenie dokonujące pomiaru ilości zakumulowanych w tkance skórnej końcowych produktów glikacji | TAK, podać |  |
|  | Mierzony parametr: Auto fluorescencja skóry  (skin AF) | TAK, podać |  |
|  | Technologia pomiaru: fotodiody | TAK, podać |  |
|  | Kolorowy ekran dotykowy | TAK, podać |  |
|  | Tryby pracy:  Dwa tryby pracy:   * Tryb zwykły (pomiar pojedynczy) * Tryb zaawansowany (pomiar potrójny) | TAK, podać |  |
|  | Komunikacja z komputerem - bluetooth | TAK, podać |  |
|  | Historia wykonanych badań zapisywana w pamięci urządzenia | TAK, podać |  |
|  | Wbudowana bateria | TAK, podać |  |
|  | Czas wykonania pomiaru:  Max. 12 sekund lub 36 sekund (3x12) | TAK, podać |  |
|  | Miejsce wykonywania pomiaru : przedramię | TAK, podać |  |
|  | Waga: max. 750 g | TAK, podać |  |
|  | Wymiary: max. 210 x 193 x 81 mm | TAK, podać |  |
|  | Zasilanie:  Zewnętrzne: 100-240V; 0.3A; 50-60Hz  Wbudowana bateria: 100-240V; 0.4-0.2A; 50-60Hz | TAK, podać |  |
|  | Typ baterii : Litowo-jonowa | TAK, podać |  |
|  | Warunki pracy | | |
|  | Temperatura: min. od 10oC do 30oC | TAK, podać |  |
|  | Wilgotność: min. od 30% do 75% | TAK, podać |  |
|  | Przechowywanie i transport | | |
|  | Temperatura: min. od -40oC do 70oC | TAK, podać |  |
|  | Wilgotność: min. od 19% do 100% | TAK, podać |  |

1. Wykonawca oświadcza, że oferowane powyżej urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowywstawowe kompletne i po uruchomieniu będzie gotowe do pracy, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.
2. Nie spełnienie wszystkich parametrów lub funkcji, podanych w rubrykach „Funkcje lub parametry graniczne, ustalone przez Zamawiającego ” i „Wartość wymagana” spowoduje odrzucenie oferty.

Podpis i pieczęć Wykonawcy