…………………………….. ………………………

 Nazwa i adres oferenta ( miejscowość , data )

**Formularz ofertowy**

1. W związku z zapytaniem ofertowym na dostawę detektora cyfrowego do zdjęć rentgenowskich składamy ofertę na wykonanie powyższego zamówienia.
2. Dane Dostawcy:

Nazwa Dostawcy:………………………………………………………………………

Adres Dostawcy:……………………………………………………………………….

Telefon: ………………………….. Fax: ……………………..NIP:……………………..

E-mail:………………………………….

3. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za kwotę :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **4** |
| **Lp**  | **Wymagane parametry techniczno- jakościowe**  | **Opis parametru****( tak/nie/opis)** |
| 1. | Producent /Firma |  |
| 2. | Typ/Model |  |
| 3. | Rok produkcji |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4. | Płaski detektor cyfrowy do wykonywania badań w stole, poza stołem i w statywie |  |
| 5. | Waga detektora z akumulatorem od 3,5 kg do 4 kg |  |
| 6. | Maksymalne obciążenie detektora na całej powierzchni min. ≥ 150 kg |  |
| 7. |  Rozmiar aktywny detektora 43 cm x 43 cm ( ± 5 mm) |  |
| 8. | Rozdzielczość detektora wyrażona liczbą pikseli ≥ 6 mln |  |
| 9. | Rozmiar piksela ≤ 140 µm  |  |
| 10. | Skala szarości pozyskiwanego obrazu ≥ 16 bit |  |
| 11. | Scyntylator Csl ( jodek cezu) |  |
| 12. | DQE według normy RQAS ≥59 %Interfejs sieciowy Wi-Fi oraz Gigabit Ethernet |  |
| 13. | Zakres napięć RTG od 40kV do 150 kV |  |
| 14. | 300 ekspozycji na jednym ładowaniu |  |
| 15. | Stopień ochronności przed wodą : min. IPX1 |  |
| 16. | Ładowarka do akumulatorów |  |
| 17. | Automatyczna detekcja ekspozycji |  |
| 18. | System operacyjny |  |
| 19. | Typ oprogramowania - podać |  |
| 20. | Baza danych, mini Pacs |  |
| 21. | Dedykowane narzędzia pomiarowe dostępne ze stacji technika |  |
| 22. | Oprogramowanie w języku polskim |  |
| 23. | Procedury medyczne zdefiniowane w języku polskim zgodne z wzorcowymi |  |
| 24. | Dostawa i instalacja detektora cyfrowego do zdjęć rentgenowskich na koszt dostawcy  |  |
| 25. | Możliwość dodawania własnych procedur |  |
| 26. | Oprogramowanie do analizy zdjęć odrzuconych |  |
| 27. | Możliwość zapisania parametrów ekspozycji |  |
| 28. | System do automatycznej obróbki pozyskiwanych obrazów i automatyczny eksport badań do PACS |  |
| 29. | Certyfikat CE i deklaracja zgodności  |  |
| 30. | Wpis lub zgłoszenie do Rejestru wyrobów medycznych  |  |
| 31. | Pełna instrukcja obsługi w języku polskim  |  |
| 32. | Okres gwarancji min. 36 miesięcy |  |
| 33. | Okres gwarancji na wszystkie baterie zamontowane w systemie min. 36 miesięcy |  |
| 34. |  Liczba napraw gwarancyjnych uprawniających do wymiany podzespołu na nowe – max. 3 naprawy tego samego podzespołu ( z wyjątkiem uszkodzeń z winy użytkownika)  |  |
| 35. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie usterki max. 24 godziny w dni robocze od zgłoszenia awarii mailem na adres podany w umowie i w razie potrzeby z fizyczną wizytą w MGZZOP w Ścinawie |  |
| 36. | Dostępność części zamiennych min. 10 lat |  |
| 37. | Szkolenie personelu |  |
| 38. | Autoryzowany punkt serwisowy na terenie Polski |  |

**Cena netto ………................**

**Podatek VAT ……………..**

**Cena brutto ……………….**

4. Oświadczamy, że

 1) Posiadamy uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności,

 jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień;

1. Posiadamy niezbędna wiedzę i doświadczenie oraz potencjał techniczny ,a także dysponuję osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
2. Znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia;
3. Zapoznaliśmy się z przedmiotem zamówienia;
4. Potwierdzam termin dostawy detektora cyfrowego do zdjęć RTG do dnia ……………..….;
5. Wyrażamy zgodę na warunki płatności określone w zapytaniu ofertowym.
6. Gwarantujemy ….. miesięczną gwarancję.
7. Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Dyrektora Miejsko-Gminnego Zespołu Zakładów Opieki Podstawowej w Ścinawie zawartych w formularzu ofertowym oraz załącznikach w celu przeprowadzenia niniejszego postępowania.

 ……………………………………….

 Podpis osób upoważnionych

 do reprezentowania Oferenta