FORMULARZ CENOWY

Centrum Symulacji Medycznej
Uniwersytet Zielonogórski

Poz. 1 Zestaw mebli do Pracowni Podstaw Pielęgniarstwa nr 1			
Lp.	MINIMALNE WYMAGANE TECHNICZNE, FUNKCJONALNE I UŻYTKOWE PARAMETRY	POTWIERDZAM SPEŁNIANIE PARAMETRÓW MINIMALNYCH WYMAGANYCH PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO	WYMAGANE PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO INFORMACJE SZCZEGÓŁOWE (PODAĆ, OPISAĆ)
1	*2*	*3*	*4*
PODSTAWOWE INFORMACJE			
1.	Producent/dystrybutor[1] i odpowiednio model/typ/symbol/nazwę /numer kat. oferowanego produktu/sprzętu (jeśli istnieją) (proszę podać w kolumnie nr 4).		
DANE PODSTAWOWE			
2.	Zestaw szafek stojących oraz wiszących z blatem, ciąg szaf meblowych złożonych z szafek o modułach	**TAK**	

	dominujących min. 60 cm (+/- 0.5%)		
3.	Min. 4 szafki stojące o wymiarach min. 60 cm (+/- 0.5%)	**TAK**	
4.	Min. 4 szafki stojące z szufladami o wymiarach min. 60 cm (+/- 0.5cm), szuflady: min. 2 szuflady płytkie front o wys. min. 14 cm, min. 1 szuflada głęboka front o wys. min. 28 cm	**TAK**	
5.	Min.8 szafek wiszących o wymiarach min. 60 cm (+/- 0.5cm)	**TAK**	
Dane szczegółowe			
6.	Korpusy mebli wykonane z płyty melaminowana grubości min. 18 mm	**TAK**	
7.	Fronty – lakier wysoki połysk	**TAK**	
8.	Okucia, zawiasy i prowadnice w systemie typu hettich-inotech lub równoważny (spełniający równoważne rozwiązania w tym zakresie)	**TAK**	
9.	Samodomykające się prowadnice oraz zawiasy	**TAK**	
10.	Blaty typu postforming wszystkie boki zabezpieczone ABS grubości min. 38 mm	**TAK**	
11.	Uchwyty typu reling inox	**TAK**	

Poz. 2 Zestaw mebli do Pracowni Podstaw Pielęgniarstwa nr 2			
Lp.	MINIMALNE WYMAGANE TECHNICZNE, FUNKCJONALNE I UŻYTKOWE PARAMETRY	POTWIERDZAM SPEŁNIANIE PARAMETRÓW MINIMALNYCH WYMAGANYCH PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO	WYMAGANE PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO INFORMACJE SZCZEGÓŁOWE (PODAĆ, OPISAĆ)
1	*2*	*3*	*4*
PODSTAWOWE INFORMACJE			
12.	Producent/dystrybutor[1] i odpowiednio model/typ/symbol/nazwę /numer kat. oferowanego produktu/sprzętu (jeśli istnieją) (proszę podać w kolumnie nr 4).		
DANE PODSTAWOWE			
13.	Zestaw szafek stojących oraz wiszących z blatem, ciąg szaf meblowych złożonych z szafek o modułach dominujących min. 60 cm (+/- 0.5%)	**TAK**	
14.	Min. 6 szafek wiszących o wymiarach min. 60 cm (+/- 0.5%)	**TAK**	
15.	Min. 2 szafki stojące o wymiarach min. 60 cm (+/- 0.5cm)	**TAK**	
16.	Min.8 szafek wiszących o wymiarach min. 60 cm (+/- 0.5%)	**TAK**	

17.	Min. 4 szafki stojące z szufladami o wymiarach min. 60 cm (+/- 0.5cm), szuflady: min. 2 szuflady płytkie front o wys. min. 14 cm, min. 1 szuflada głęboka front o wys. min. 28 cm	**TAK**	
Dane szczegółowe			
18.	Korpusy mebli wykonane z płyty melaminowana grubości min. 18 mm	**TAK**	
19.	Fronty – lakier wysoki połysk	**TAK**	
20.	Okucia, zawiasy i prowadnice w systemie typu hettich-inotech lub równoważny (spełniający równoważne rozwiązania w tym zakresie)	**TAK**	
21.	Samodomykające się prowadnice oraz zawiasy	**TAK**	
22.	Blaty typu postforming wszystkie boki zabezpieczone ABS grubości min. 38 mm	**TAK**	
23.	Uchwyty typu reling inox	**TAK**	

Poz. 3 Zestaw mebli do Pracowni Podstaw Pielęgniarstwa nr 3

Lp.	MINIMALNE WYMAGANE TECHNICZNE, FUNKCJONALNE I UŻYTKOWE PARAMETRY	POTWIERDZAM SPEŁNIANIE PARAMETRÓW MINIMALNYCH	WYMAGANE PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO INFORMACJE SZCZEGÓŁOWE (PODAĆ, OPISAĆ)

		WYMAGANYCH PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO	
1	*2*	*3*	*4*
PODSTAWOWE INFORMACJE			
24.	Producent/dystrybutor[1] i odpowiednio model/typ/symbol/nazwę /numer kat. oferowanego produktu/sprzętu (jeśli istnieją) (proszę podać w kolumnie nr 4).		
DANE PODSTAWOWE			
25.	Zestaw szafek stojących oraz wiszących z blatem, ciąg szaf meblowych złożonych z szafek o modułach dominujących min. 60 cm (+/- 0.5%)	**TAK**	
26.	Min.5 szafek wiszących o wymiarach min. 60 cm (+/- 0.5%)	**TAK**	
27.	Min. 2 szafki stojące o wymiarach min. 60 cm (+/- 0.5%)	**TAK**	
28.	Min. 3 szafki stojące z szufladami o wymiarach min. 60 cm (+/- 0.5%)	**TAK**	
29.	Min. 4 szafki stojące z szufladami o wymiarach min. 60 cm (+/- 0.5cm), szuflady: min. 2 szuflady płytkie front o wys. min. 14 cm, min. 1 szuflada głęboka front o wys. min. 28 cm	**TAK**	
30.	Min. 1 szafa do przechowywania fantomów (wymiary fantomu 180x50 cm).	**TAK**	

	Wymiary szafy: min.220cm dł x min.180 cm wys. x min. 60 cm gł.		
Dane szczegółowe			
31.	Korpusy mebli wykonane z płyty melaminowana grubości min. 18 mm	**TAK**	
32.	Fronty – lakier wysoki połysk	**TAK**	
33.	Okucia, zawiasy i prowadnice w systemie typu hettich-inotech lub równoważny (spełniający równoważne rozwiązania w tym zakresie)	**TAK**	
34.	Samodomykające się prowadnice oraz zawiasy	**TAK**	
35.	Blaty typu postforming wszystkie boki zabezpieczone ABS grubości min. 38 mm	**TAK**	
36.	Uchwyty typu reling inox	**TAK**	
Gwarancja i warunki serwisowe:			
37.	Okres gwarancji minimum 24 miesiące, licząc od dnia podpisania protokołu odbioru potwierdzającego prawidłowe uruchomienie przedmiotu dostawy w infrastrukturze Zamawiającego	**TAK**	
38.	Punkty serwisowe, lokalizacja (adres, numer telefonu, e-mail).	**TAK**	
39.	Godziny i sposób przyjmowania zgłoszeń o awariach Proszę	**TAK**	

	podać		
40.	Czas reakcji – przystąpienie do naprawy gwarancyjnej zgłoszonej usterki do maksimum 72 godzin w dni robocze rozumiane jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.	**TAK**	
41.	Czas skutecznej naprawy z użyciem części zamiennych licząc od momentu zgłoszenia awarii - maksymalnie 15 dni roboczych rozumiane jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.	**TAK**	
42.	Ilość awarii sprzętu w okresie gwarancyjnym skutkująca wymianą niesprawnego modułu na nowy. Maksymalnie 3. Proszę podać.	**TAK**	
43.	Okres dostępności części zamiennych od daty podpisania protokołu odbioru przez minimalnie 5 lat.		

UWAGA!!!

Brak któregokolwiek elementu przedmiotu zamówienia w *„Formularzu Cenowo-Technicznym" Wykonawcy* w stosunku do wymagań Zamawiającego (za wyjątkiem wierszy z parametrami fakultatywnymi), nie będzie poprawiony i skutkować będzie odrzuceniem oferty na mocy art. 89 ust. 1 pkt 2 ustawy.

Oferta cenowa w zakresie Części ….. - Wyposażenie Pracowni Podstaw Pielęgniarstwa – meble medyczne			
Nazwa	***Ilość***	***Cena jednostkowa Brutto [w PLN]***	***Kwota ogółem brutto (cena jedn. brutto x ilość) [w PLN]***
1	***2***	***3***	***4***
Zestaw mebli do Pracowni Podstaw Pielęgniarstwa nr 1	1 zestaw		
Zestaw mebli do Pracowni Podstaw Pielęgniarstwa nr 2	1 zestaw		
Zestaw mebli do Pracowni Podstaw Pielęgniarstwa nr 3	1 zestaw		

.....

DATA I PODPIS UPEŁNOMOCNIONEGO
PRZEDSTAWICIELA WYKONAWCY