Załącznik nr 1

**IMPLADENT MDC Sp. z o.o. S.k.**

**ul. Andromedy 3, 80-180 Kowale**

OFERTA CENOWA

Nazwa Oferenta ...........................................................................................................................

Siedziba Oferenta .........................................................................................................................

Tel.. ..................................................................... tel/fax. ...........................................................

e-mail ..........................................................................................................................................

Podstawa prowadzenia działalności1/: .........................................................................................

Osoba/osoby upoważnione do reprezentowania Oferenta:

imię i nazwisko ............................................................................................................................

funkcja/stanowisko ......................................................................................................................

imię i nazwisko ............................................................................................................................

funkcja/stanowisko ......................................................................................................................

Odpowiadając na zaproszenie do składania ofert składam swoją propozycję cenową

**Unit stomatologiczny – 2szt.**

Producent: ……………………......

Model: ………………...........………

Rok produkcji:

-------------------------------------------------------------------

1/ wpis do ewidencji działalności gospodarczej lub KRS, numer i data wpisu

| L.p. |  **Wymagane parametry techniczne** | **Opis- jeśli potrzebny** | **Czy oferowane urządzenie spełnia parametr (tak/nie)** |
| --- | --- | --- | --- |
| I | **WYMAGANE PARAMETRY OGÓLNE** |  |  |
| 1 | Urządzenie musi posiadać certyfikat CE |  |  |
| 2 | Urządzenie fabrycznie nowe |  |  |
| II |  **WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNE** |  |  |
| 1 | Ruchomy cały blok spluwaczki oraz uchylna ceramiczna misa |  |  |
| 2 | Fotel wyposażony w 2 siłowniki hydrauliczne oraz najazdowy hamulec bezpieczeństwa |  |  |
| 3 | Fotel przystosowany do podnoszenia Pacjentów o wadze ponad 180kg |  |  |
| 4 | Mechanizm obrotowy fotela, umożliwiający obrót fotela o 60º, wyposażony w hamulec |  |  |
| 5 | Przystosowanie do przyjmowania Pacjentów na wózkach inwalidzkich z użyciem spluwaczki |  |  |
| 6 | Przystosowanie do montażu do dowolnie rozmieszczonych w gabinecie przyłączy – nie tylko zlokalizowanych przy fotelu, oryginalna dedykowana skrzynka przyłączeniowa |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 7 | Precyzyjny pneumatyczny sterownik nożny instrumentów z dźwignią przesuwną,z możliwością zmiany kierunku obrotów mikrosilnika oraz wyzwalaczem przedmuchiwania  |  |  |
| 8 | Przy konsolecie lekarza moduły zawierające:-dmuchawkę-wysokoobrotową kątnicę turbinową z podświetleniem LED w główce oraz szybkozłączkę,-mikrosilnik elektryczny wraz z minimum 1 kątnicą 1:1 z podświetleniem-mikrosilnik elektryczny wraz z minimum 1 kątnicą 1:5 z podświetleniem-skaler piezoelektryczny, |  |  |
| 9 | Przy konsolecie asysty min. 5 modułów : 2 rękawy ssaka 15mm, rękaw ślinociągu, rękaw z dmuchawką, kamera wewnątrzustna |  |  |
| 10 | Lampę zabiegową LED, mocowaną na bloku spluwaczki, 3-osiową, z możliwością trybu niepolimeryzacyjnego przy min. 25.000lux |  |  |
| 11 | Stanowisko multimedialne montowane na maszcie lampy, na oryginalnym ramieniu kryjącym przewody, monitor medyczny (certyfikowany wg norm EU), szerokokątny 16:9, min 21”, złącza i przewody estetycznie skryte, zewnętrzne wejście USB, uchwyt monitora z możliwością zastosowania osłon barierowych |  |  |

Oferowana cena brutto: ............................... zł, słownie: .......................................................

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

 w tym ....... % VAT................zł, słownie: ..............................................................................

 ......................................................................................................................................................,

 Cena netto: .......................... zł, słownie: ...............................................................................

Jednocześnie oświadczam, że:

1. zapoznałem się z zaproszeniem do składania ofert wraz z załącznikami,
2. uzyskałem od Zamawiającego informacje niezbędne do przygotowania niniejszej propozycji,
3. przy kalkulowaniu ceny uwzględniłem wszystkie koszty mające wpływ na jej wysokość oraz koszty związane z przeglądami i naprawami w okresie udzielonej gwarancji
4. w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do realizacji zamówienia
5. oferowane urządzenia są fabrycznie nowe, nieużywane, dopuszczone do obrotu na polskim rynku
6. Zobowiązuję się do realizacji przedmiotu zamówienia w terminie do ……………
7. Oświadczam iż udzielę pisemnej gwarancji opartej na oficjalnej gwarancji producenta, na okres ……….....……….miesięcy (min. 24 m-ce) od daty dostawy i protokolarnego odbioru przedmiotu zamówienia na cały przedmiot zamówienia („a” , „b” , „c” , „d”)

Oświadczam, iż zagwarantuję czas naprawy usterki w 24 godziny od zgłoszenia i gwarancję urządzenia zastępczego w przypadku niemożności naprawy w czasie do 72 godzin **– tak/nie** (**niepotrzebne skreślić**)

1. Oświadczam, że uważam się za związanego niniejszą ofertą na okres 30 dni, liczonego od terminu składania ofert
2. Proponuję następujące warunki płatności : …….. dni od daty otrzymania faktury i podpisania protokołu odbioru
3. Osobą upoważnioną ze strony Wykonawcy, do kontaktów z Zamawiającym w sprawie realizacji przedmiotowego zamówienia jest …………………………………... tel. .........................
4. Spis załączników do niniejszej oferty: ………………..

Do oferty cenowej załączam/nie załączam (niepotrzebne skreślić) opis/prospekt techniczny oferowanego sprzętu, potwierdzający spełnienie wymagań zawartych w specyfikacji stanowiącej załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego.

Dnia ......................... ................... .................................................

 Pieczęcie i podpis/y osoby/osób uprawnionych

 do reprezentowania oferenta