**Załącznik nr 1**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Formularz cenowy** | | | | | |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **Opis oferowanego wyposażenia**  **(nazwa, typ, model lub symbol katalogowy, producent) \*)** | **Cena jednostkowa brutto**  **PLN \*)** | **Wartość brutto**  **PLN \*)** |
| **I** | **Analizator składu ciała**  **Zamawiający:** Centrum Badań Klinicznych UMB  **Miejsce dostawy i instalacji:** Białostocki Park Naukowo-Technologiczny, ul. Żurawia 71A (budynek II) pokój 0.06, Białystok | **1 zestaw** |  |  |  |

**Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną z art. 13 RODO, zamieszczoną na stronie:** [**http://zamowienia.umb.edu.pl/**](http://zamowienia.umb.edu.pl/)

………………………………..

*(podpisy i pieczątki upełnomocnionego (-ych) przedstawiciela (-li) firmy Wykonawcy)* \*)

...…………………...…………

*Akceptacja (podpis i pieczątka)*

*Kierownika Zakładu UMB (lub osoby upoważnionej)* \*\*)

**\*) Niespełnienie któregokolwiek warunku skutkuje odrzuceniem oferty.**

**\*\*) Wypełnia Wykonawca.**

# Załącznik nr 2

# OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Dostawa wraz z rozładunkiem, wniesieniem, zainstalowaniem, uruchomieniem oraz dostarczeniem instrukcji stanowiskowej wraz z jej wdrożeniem.

Zamawiający: Centrum Badań Klinicznych UMB

Miejsce dostawy i instalacji: Białostocki Park Naukowo-Technologiczny, ul. Żurawia 71A (budynek II) pokój 0.06, Białystok

– Analizator składu ciała – 1 zestaw

Wymaganie parametry techniczne\*)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa i adres Wykonawcy\*\*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Typ\*\*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Model\*\*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Rok produkcji: IV kwartał 2019 - 2021Producent\*\*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj producenta\*\*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **Lp.** | **Opis wymaganego parametru:** |
|  | Urządzenie mierzy co najmniej następujące wielkości :  – masę ciała – masę mięśni szkieletowych – masę tkanki tłuszczowej – całkowitą zawartość wody w organizmie  – białko  – minerały – BMI  – procentowa zawartość tkanki tłuszczowej  – segmentalna analiza beztłuszczowa – segmentalna analiza tłuszczowa – historia składu ciała – skala Fitness – Podstawowa Przemiana Materii – wskaźnik obwodu talii do bioder  – poziom tkanki tłuszczowej trzewnej  – stopień otyłości  – kod QR Interpretacji wyników  – wskaźnik oceny odżywiania  – ocena otyłości  – równowaga organizmu  – wskaźnik obwodu talii do bioder (Wykres)  – poziom tkanki tłuszczowej Trzewnej (Wykres)  – beztłuszczowa masa ciała (FFM)  – obwód talii  – wynik SMI  – zalecana dawka kalorii  – wydatek kaloryczny ćwiczenia  – wykres rozwoju dziecka (siatki centylowe) |
|  | Ocena Otyłości u Dzieci:  – interpretacja analizy składu ciała  – interpretacja analizy mięśniowo –tłuszczowej  – interpretacja analizy otyłości  – interpretacja segmentalnej analizy beztłuszczowej  – interpretacja segmentalnej analizy tłuszczowej  – interpretacja historii składu ciała  – interpretacje kontroli masy ciała  – interpretacja masy mięśni szkieletowych  – interpretacja podstawowej przemiany materii  – interpretacja wskaźnika przemiany materii  – interpretacja poziomu tkanki tłuszczowej trzewnej  – interpretacja stopnia otyłości  – interpretacja wskaźnika obwodu talii do bioder (wykres)  – interpretacja poziomu tkanki tłuszczowej trzewnej (wykres)  – interpretacja wskaźnika beztłuszczowej masy organizmu  – interpretacja obwodu talii  – interpretacja SMI  – interpretacja zalecanej dawki kalorii  – interpretacja wydatku kalorycznego ćwiczeń  – wyjściowa ciśnienie krwi (skurczowe/rozkurczowe)  – wyjściowe ciśnienie krwi (średnie ciśnienie tętnicze/ciśnienie  tetna/RPP)  – interpretacja ciśnienia krwi (SYS, DIA, Puls)  – interpretacja ciśnienia krwi (MAP, PP, RPP) |
|  | Metoda pomiaru: Metoda bezpośredniej analizy segmentalnej multiczęstotliwości impedancji bioelektrycznej, (Metoda DSM-BIA) |
|  | Metoda elektrodowa: min 8-punktowy system elektrod dotykowych |
|  | Dokładność min.: 0,1 kg |
|  | Zasilanie 230 V, 50 Hz |
|  | Interfejs wejściowy: Klawiatura, ekran dotykowy |
|  | Wymiary (szer./dł./wys.) nie większe niż: (50 x 100 x 100) cm |
|  | Czas trwania pomiaru poniżej maks. 15 s |
|  | Przedział masy ciała min.: 10 – 250 kg |
|  | Przedział wzrostu osoby badanej min.: 95 – 250 cm |
|  | Oprogramowanie w języku polskim |
| **Wymagania dodatkowe** | | |
|  | Oferowane zestaw kompletny, po instalacji gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych. |

**Wymagania ogólne\*)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Gwarancja na przedmiot zamówienia wraz z wyposażeniem minimum **24 miesiące.** Czas przestoju (naprawy) powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas trwania tej naprawy. Wszystkie koszty związane z wykonywaniem gwarancji, o której mowa powyżej (w tym koszty części zamiennych oraz praca i dojazd zespołu serwisowego w okresie gwarancyjnym) obciążają Wykonawcę. |
|  | Wymiana całego podzespołu na nowy po 3 naprawach gwarancyjnych tego podzespołu. |
|  | Bezpłatne przeglądy gwarancyjne zawarte w cenie (jeśli producent wymaga w celu zachowania gwarancji urządzeń) |
|  | Czas rozpoczęcia naprawy przez serwis gwarancyjny – maksimum w ciągu 3 dni roboczych od potwierdzonego zgłoszenia usterki (soboty, niedziele i dni świąteczne ustawowo wolne od pracy nie są dniami roboczymi). |
|  | Wykonawca zapewni montaż sprzętu przez serwis. |
|  | Dostawa, rozładunek, wniesienie, montaż, zainstalowanie, uruchomienie sprzętu oraz dostarczenie instrukcji stanowiskowej wraz z jej wdrożeniem zawarte w cenie. |
|  | Instrukcja stanowiskowa (dopuszcza się instrukcję obsługi) w języku polskim dołączona do dostawy. |
|  | Materiały informacyjne oferowanego sprzętu w języku polskim. |
|  | Sprzęt dopuszczony do obrotu na terytorium RP, posiadający wszelkie wymagane przez przepisy prawa świadectwa, atesty, deklaracje, itp. oraz spełniający wszelkie wymogi w zakresie norm bezpieczeństwa obsługi. Wykonawca zobowiązuje się do przedstawienia zamawiającemu, na każde żądanie, dokumentów potwierdzających spełnienie w/w wymogów. |
|  | Wykonawca ponosi wszelkie koszty związane z podłączeniem elementów systemu oraz elementów wyposażenia do istniejących instalacji i/lub koszty modyfikacji tych instalacji. Wykonawca ponosi też koszty ewentualnych robót budowlanych, związanych z dostosowaniem np. stropu lub ścian w pomieszczeniu w którym zostanie zainstalowane urządzenie. |
|  | W zakresie Wykonawcy jest zabezpieczenie miejsc, w których będzie prowadzony montaż, instalacja i uruchomienie sprzętu. Wykonawca zobowiązuje się do pozostawienia miejsc, w których będą prowadzone prace montażowe i instalacyjne w stanie gotowym wykończonym (wszelkie prace wykończeniowo malarskie oraz wykona na własny koszt i we własnym zakresie). |
| 1. Z | Zamawiający zaleca wykonanie wizji lokalnej pomieszczeń przed złożeniem oferty w celu zapoznania się z istniejącymi warunkami i ustaleniu szczegółów technicznych nie podanych w specyfikacji. |

**Nazwa, adres, osoba do kontaktu, nr tel./fax serwisu gwarancyjnego \*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

………………………………..

*(podpisy i pieczątki upełnomocnionego (-ych) przedstawiciela (-li) firmy Wykonawcy)* \*)

...…………………...…………

*Akceptacja (podpis i pieczątka)*

*Kierownika Zakładu UMB (lub osoby upoważnionej)* \*\*)

**\*) Niespełnienie któregokolwiek warunku skutkuje odrzuceniem oferty.**

**\*\*) Wypełnia Wykonawca.**

**Załącznik nr 3**

# WARUNKI GWARANCJI I SERWISU GWARANCYJNEGO

Dostawa wraz z rozładunkiem, wniesieniem, zainstalowaniem, uruchomieniem oraz dostarczeniem instrukcji stanowiskowej wraz z jej wdrożeniem.

Zamawiający: Centrum Badań Klinicznych UMB

Miejsce dostawy i instalacji: Białostocki Park Naukowo-Technologiczny, ul. Żurawia 71A (budynek II) pokój 0.06, Białystok

– Analizator składu ciała – 1 zestaw

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Warunki gwarancji serwisu | Warunki oferowane \*) | Ocena\*\*) w pkt. |
|  | Okres gwarancji nasprzęt z wyposażeniem **(wymagany nie krótszy niż 24 miesiące):**   1. **24 miesiące – 0 pkt** 2. **36 miesięcy – 10 pkt** 3. **48 miesięcy – 20 pkt** |  |  |
|  | Czas rozpoczęcia naprawy przez serwis gwarancyjny (wymagany nie dłuższy niż 3 dni od zgłoszenia):   1. **3 dni od zgłoszenia – 0 pkt** 2. **2 dni od zgłoszenia – 5 pkt** 3. **1 dzień i krócej – 10 pkt** |  |  |

………………………………..

*(podpisy i pieczątki upełnomocnionego (-ych) przedstawiciela (-li) firmy Wykonawcy)* \*)

...…………………...…………

*Akceptacja (podpis i pieczątka)*

*Kierownika Zakładu UMB (lub osoby upoważnionej)* \*\*)

\*) wypełnia Wykonawca

\*\*) wypełnia Zamawiający