**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