**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** | **Krzesło obrotowe biurowe**  **Miejsce dostawy:** Dział Rozwoju i Ewaluacji UMB ul. Kilińskiego 1, 15-089 Białystok | **3 szt.** |  |  |  |

**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 oraz dostarczeniem instrukcji stanowiskowej do Działu Rozwoju i Ewaluacji UMB

– Krzesło obrotowe biurowe – 3 szt.

Wymaganie parametry techniczne\*)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa i adres Wykonawcy\*\*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Typ\*\*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Model\*\*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Rok produkcji: 2021Producent\*\*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj producenta\*\*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **Lp.** | **Opis wymaganego parametru:** |
|  | Krzesło obrotowe biurowe w kolorze brązowym typu HG-0004F Stema jako doposażenie do krzeseł posiadanych przez Użytkownika |
|  | Stabilna nylonowa podstawa. |
|  | Kółka przystosowane do powierzchni dywanowych. |
|  | Oparcie z wyprofilowaniem lędźwiowym. |
|  | Mechanizm synchroniczny z możliwością blokady odchyłu w kilku pozycjach. |
|  | Funkcja "anti-shock" - po zwolnieniu blokady oparcie fotela nie uderza w plecy. |
|  | Podłokietniki regulowane z miękkimi (poliuretanowymi) nakładkami. |
|  | Zagłówek regulowany z możliwością zdjęcia. |
|  | Pianka o dużej gęstości: siedzisko min.: t30 (30 kg/m3). |
|  | Oparcie tapicerowane z przodu i z tyłu. |
|  | Tapicerka o odporności na ścieranie powierzchniowe (wg. Martindale’a) min. 60 tys. suwów. |
|  | Podnośnik min. klasy 4. |
|  | Wymiary krzesła obrotowego.   * wysokość siedziska regulowana w zakresie co najmniej 46 – 54 cm, * wymiary siedziska mieszczące się w zakresie (szer./głęb.): 45 – 50 x 48,5 – 50 cm, * wysokość fotela bez zagłówka regulowana w zakresie 100 – 108 cm, * wysokość zagłówka regulowana co najmniej w zakresie: 13,5 – 19,5 cm, * wysokość podłokietników regulowana w zakresie co najmniej: 17 – 24 cm, * średnica podstawy w zakresie 70 – 75 cm. |
|  | Maksymalne obciążenie krzesła obrotowego nie mniejsze niż 150 kg. |
| **Wymagania dodatkowe** | | |
|  | Oferowany zestaw kompletny, gotowy do użytkowania zgodnie z jego przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych. |

**Wymagania ogólne\*)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Gwarancja na przedmiot zamówienia 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. |
|  | 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). |
|  | 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. |

**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 oraz dostarczeniem instrukcji stanowiskowej do Działu Rozwoju i Ewaluacji UMB

– Krzesło obrotowe biurowe – 3 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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