Załącznik Nr 1

Pieczęć wykonawcy lub wykonawców ubiegających się wspólnie
o udzielenie zamówienia

 .........................................., dnia ................................

ZAMAWIAJĄCY:

Szpital Na Wyspie Sp. z o.o.

www.szpitalnawyspie.pl

e-mail: zp@szpitalnawyspie.pl

tel. (68) 475 76 00, fax (68) 475 77 00

NIP 928-18-52-023

**WYKONAWCA:**

Nazwa firmy (Wykonawcy):

Właściciel:

Adres Wykonawcy:

Powiat: ……………………………………………………………. Województwo:

NIP ……………………………………REGON: ……………………………………………………

Nr tel. ………………/fax: ………………… e-mail:

upełnomocniony przedstawiciel:

**FORMULARZ OFERTOWY**

Nawiązując zapytania ofertowego, znak sprawy SNW/ZP-371-29/2018, pn:

**Zakup ratalny sprzętu rehabilitacyjnego na potrzeby Szpitala Na Wyspie**

 **Sp. z o.o. z siedzibą w Żarach przy ul. Pszennej 2**

Przystępując do postępowania prowadzonego w trybie zapytania ofertowego o wartości szacunkowej do 30 000 euro, nr sprawy: SNW/ZP-371-29/2018.

Oferujemy realizację przedmiotu zamówienia w zakresie objętym SIWZ w części dotyczącej następujących zadań:

**Wartość przedmiotu zamówienia z kosztami finansowania:**

Cena netto: ………………….. zł

Podatek VAT ………% …………………… zł

Cena brutto: ………………………zł, słownie:……………………………………………………...

**1. Kalkulacja kosztów finansowania (12 miesięcy)**

1. Cena przedmiotu zamówienia: kwota netto………………, Vat……...,

 kwota brutto………………(bez kosztów finansowania)

2. Rata miesięczna kwota netto…………, Vat……..., kwota brutto…………

3. Łączna wartość rat (12) kwota netto………, Vat……..., kwota brutto…………

4. Koszty finansowania ogółem kwota netto…………, Vat………, kwota brutto…………

Termin gwarancji ………….. m-cy

Termin dostawy ……………dni

Powyższa cena obejmuje zakres przedmiotu zamówienia objętego zapytaniem ofertowym, jak również wszystkie inne koszty, które są związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia.

**2. Oświadczenia Wykonawcy:**

1. Oświadczam/y, iż parametry techniczno-użytkowe oferowanego przedmiotu zamówienia są zgodne z wymaganiami zamawiającego określonymi w zapytaniu ofertowym.
2. Oświadczam/y, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia i realizacją przyszłego świadczenia umownego, zgodnie z wymaganiami zawartymi w zapytaniu ofertowym.
3. Oświadczam/y że spełniamy wszystkie wymagania zawarte w zapytaniu ofertowym i przyjmujemy je bez zastrzeżeń oraz, że otrzymaliśmy wszystkie niezbędne informacje potrzebne do przygotowania oferty. Oświadczamy, że wszystkie złożone przez nas dokumenty są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
4. Uważam/y się za związanego/ych niniejszą ofertą na okres 30 dni licząc od dnia otwarcia ofert.
5. Oświadczamy, że zawarte w zapytaniu ofertowym istotne dla stron postanowienia umowy (projekt umowy) zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wybrania naszej oferty, do zawarcia umowy na wymienionych w nich warunkach w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.

**3. Zobowiązania Wykonawcy w przypadku przyznania zamówienia:**

W przypadku przyznania zamówienia zobowiązuje się do:

* 1. Zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego,
	2. Termin dostawy 30 dni licząc od dnia podpisania umowy.

2. wyznaczenie osób do kontaktów z Zamawiającym w sprawach dotyczących realizacji przedmiotu umowy:

 …………………………………………………………………….., e-mail:………………………………………….

 Tel./fax…………………………………………………………………………………………………………………

**4. Podwykonawcy:**

* 1. Dostawę będąca przedmiotem niniejszego postępowania wykonamy \*samodzielnie / z udziałem podwykonawców[[1]](#footnote-1)\*

\*\*Przy realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do zawarcia umowy z podwykonawcami:

1) ………………………………………… w zakresie…………………………………………………………….

 \*) wybrać odpowiednio.

 \*\*) wypełnić w przypadku powierzenia wykonania części zamówienia przy udziale podwykonawców,

1. **Oświadczenie wymagane od wykonawcy w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO**

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**8. Spis treści**

Na potwierdzenie spełniania warunków do formularza ofertowego załączamy następujące dokumenty:

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

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

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

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

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

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

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

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

Oświadczam/my, że zgodnie z art. 297 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r.- Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 2204 z późn. zm), jestem w pełni świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń w celu uzyskania niniejszego zamówienia publicznego.

………………………………………... dnia ……………………………

 …………………………………………………………………….

Pieczątka imienna lub nazwisko i imię Wykonawcy lub osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy w dokumentach rejestrowych lub we właściwym upoważnieniu oraz podpis/y

*Załącznik nr 2*

Znak sprawy SNW/ZP-371-29/2018

**Wykaz sprzętu rehabilitacyjnego wraz z jego wymaganymi**

**parametrami minimalnymi**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia/****zamawiana ilość** | **Wymagane parametry minimalne** | **Oferowane parametry** |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **1** | **Aparat do krioterapii** **1 szt.** | Urządzenie do krioterapii miejscowej wykorzystujące nadmuch parami azotu otemperaturze do -160˚C.- czytelny, kolorowy wyświetlacz LCD,- ciągły pomiar poziomu azotu,- komunikaty głosowe,- gotowe programy pracy- aparat kompatybilny z butlą 32 litrową- Pojemność zbiornika 32 l- Temperatura par azotu na wylocie od - 150 do -160- Średnie zużycie ciekłego azotu (tryb pracy ciągłej) 0,08 - 0,1 kg/min- Max. zużycie ciekłego azotu na zabieg średnio 3 min. 0,3 kg- Max. ilość zabiegów ok. 60- Regulacja stopnia intensywności nawiewu płynna od 50% do 100% co 5%- Masa aparatu bez ciekłego azotu max. 28 kg- Masa aparatu z napełnionym zbiornikiem max 54 kg- Moc 500 W- Napięcie 230 V- Częstotliwość 50 Hz- Klasa odporności i ochrony I- Wymiary całkowite 60 x 60 x 104 cm (+/- 5 cm) | 1. Rok produkcji (min. 2018r.)…………………………….* 1. Nazwa aparatu typ/model:

……………………………* 1. Producent:

……………………………* 1. Oświadczam, że zaoferowany sprzęt spełnia minimalne parametry wymagane określone w kol. 3

  |
| **2** | **Wirówka do masażu kończyn dolnych i kręgosłupa****1 szt.** | Wanna do masażu kończyn dolnych i kręgosłupa- min. 12 kierunkowych dysz- Ekonomiczne zużycie wody ( dwa poziomy 75l / 145l (+/- 5l))- Pompa posiada zabezpieczenie przez pracą na sucho- Elektronicznie sterowany system odkamieniania- Wbudowany czujnik temperatury wody- Funkcja automatycznego napełniania- Ciepły prysznic- Strumień wody o regulowanej sile, przy napowietrzeniu bierny masaż perełkowy- Wygodny, elektroniczny panel sterowania- Wygodne antypoślizgowe stopnie- Pojemność zabiegowa: 75l / 145l (+/- 5l)- Pobór mocy: 1,5 kW- Liczba dysz: min. 6 szt.+ 6 szt.- Zasilanie: 230 V / 50 Hz- Wymiary (dł. x szer. x wys.): 116,5 cm x 68 cm x 95,2 cm (+/- 5 cm)- Masa: max 75 kg - Bezpieczeństwo elektryczne: klasa I, typ B | 1. Rok produkcji (min. 2018r.)…………………………….2.Nazwa aparatu typ/model:……………………………3.Producent:……………………………1. Oświadczam, że zaoferowany sprzęt spełnia minimalne parametry wymagane określone w kol. 3
 |
| **3** | **Rotor rehabilitacyjny z biofeedbackiem (kończyny górne i dolne)****1 szt.** | Urządzeniem do terapii ruchowej kończyn dolnych oraz kończyn górnych- Kolorowy ekran dotykowy 10”- Zakres prędkości 10 - 90 RPM- Zakres oporu 1 - 120 Watt- Programowalny czas 1 - 120 minut- Uchwyty antyalergiczne- Regulacja wysokości uchwytówkończyn górnych 78 - 92 cm (+/- 5 cm)- Kółka transportowe 2- Waga urządzenia max 47 kg- Wymiary (szerokość, wysokość, głębokość) 54 x 111 - 121,5 x 69 - 76 cm (+/- 3cm)(w zależności od wysokości uchwytów)- Zasilanie 100~240V AC 50/60 Hz | 1. Rok produkcji (min. 2018r.)…………………………….2.Nazwa aparatu typ/model:……………………………3.Producent:……………………………4.Oświadczam, że zaoferowany sprzęt spełnia minimalne parametry wymagane określone w kol. 3  |
| **4** | **Aparat do ćwiczeń biernych kkd****1 szt.** | Urządzenia pracujące w oparciu o ciągły ruch bierny (CPM) wykonujące powtarzalny ruch stawu w sposóbciągły, w ramach kontrolowanego zakresu ruchu.- Interfejs użytkownika Pilot START/STOP- Zgięcie/wyprost stawu kolanowego 10°/123°- Maksymalna prędkość ruchu 380°/min- Wymiary 390 × 430 × 970 mm (+/- 5cm)- Waga max 11 kg- Zasilanie 100–240 V, 50–60 Hz | 1. Rok produkcji (min. 2018r.)…………………………….2.Nazwa aparatu typ/model:……………………………3.Producent:……………………………4.Oświadczam, że zaoferowany sprzęt spełnia minimalne parametry wymagane określone w kol. 3  |
| **5** | **Lampa solux do światłolecznictwa** **1 szt.** | Lampa sollux do światłolecznictwa- Stabilna metalowa konstrukcja, posiada podstawę wyposażoną w kółka z hamulcami.- Aparat wyposażony w mikroprocesorowe sterowanie pracą oraz wymuszone chłodzenie.- zegar zabiegowy 1-30 min- maksymalna moc żarówki 375 W- zasilanie sieciowe 230 V, 50/60 Hz- pobór mocy maks. 450 W- wysokość urządzenia min. 1,2 m, maks. 1,9 m (+/- 5cm)- wymiar podstawy lampy maks. 0,5 x 0,6 m- masa urządzenia max 13,7 kg (z żarówką i filtrem) | 1. Rok produkcji (min. 2018r.)…………………………….2.Nazwa aparatu typ/model:……………………………3.Producent:……………………………4.Oświadczam, że zaoferowany sprzęt spełnia minimalne parametry wymagane określone w kol. 3  |
| **6** | **Rower stacjonarny****1 szt.** | Rower magnetyczny przeznaczony do użytku gabinetów rehabilitacyjnych. - Urządzenie wyposażone jest w samopoziomujące pedały z paskiem oraz uchwyt, który pozwala na wygodne korzystanie np z tabletu podczas ćwiczenia.- opór: magnetyczny- obciążenie: min.16 stopni regulacja - elektroniczna, regulacja co 5 Watt w zakresie 25-350 Watt- koło zamachowe: min. 7 kg- wyświetlacz: czas, dystans, prędkość, kalorie, RPM, opór, puls, Watt- programy: stałe: min. 10- programy użytkownika: 1- programy HRC: 1- regulacja siodełka: pion/poziom- samopoziomujące pedały z paskami- tryb oszczędzający energię- wyświetlacz wyposażony w wejście audio oraz głośniki- uchwyt na bidon- wymiar po rozłożeniu (dł./szer./wys.): 119.5 / 55 / 150 cm- waga: 35.5 kg- max. waga użytkownika: 136 kg | 1. Rok produkcji (min. 2018r.)…………………………….2.Nazwa aparatu typ/model:……………………………3.Producent:……………………………4.Oświadczam, że zaoferowany sprzęt spełnia minimalne parametry wymagane określone w kol. 3  |

**Uwaga:**

* 1. Niniejszym oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania postepowania do dostarczenia przedmiotu zamówienia spełniającego wyspecyfikowane parametry.
	2. Oświadczamy, że oferowany powyżej wyspecyfikowany przedmiot zamówienia jest fabrycznie nowy kompletny, nie używany jako wersja demonstracyjna i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

.................................... dnia .................... ……………………………………………

 podpis uprawnionego przedstawiciela wykonawcy

*Załącznik nr 3*

Znak sprawy SNW/ZP-371-29/2018

**GWARANCJE I SERWIS**

Wykonawca OFERUJE następujące warunki SERWISU i GWARANCJI.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Warunki gwarancji i serwisu** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| **1** | Okres gwarancji minimum 24 miesiące | **TAK** | ……………….miesięcy  |
| **2** | Przeglądy i naprawy gwarancyjne wykonywane będą przez autoryzowany Serwis producenta aparatu zgodnie z dokumentacją producenta, dokonywane na koszt Wykonawcy po uprzednim uzgodnieniu terminu z Zamawiającym, | **TAK** |  |
| **3** | Uzgodniony harmonogram przeglądów zostanie dostarczony wraz ze sprzętem. | **TAK** |  |
| **4** | Za terminową realizację przeglądów i konserwacji zgodnie z harmonogramem odpowiada Wykonawca | **TAK** |  |
| **5** | Konsultacje w sprawach reklamacji odbywać się będą poprzez bezpośredni kontakt z wyznaczonym inżynierem serwisowym (tel. Fax. E-mail) | **TAK** |  |
| **6** | W przypadku, gdy w okresie gwarancji stwierdzona zostanie wada niewymagająca importu części, Wykonawca zobowiązuje się do jej usunięcia niezwłocznie, lecz nie później niż w terminie 3 dni roboczych, przez które rozumie się dni od poniedziałku do piątku za wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy, licząc od daty jego powiadomienia. W przypadku, gdy w okresie gwarancji stwierdzona zostanie wada wymagająca importu części, Wykonawca zobowiązuje się do jej usunięcia niezwłocznie, lecz nie później niż w terminie 14 dni roboczych, przez które rozumie się dni od poniedziałku do piątku za wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy, licząc od daty jego powiadomienia. Wykonawca potwierdza otrzymanie zgłoszenia na piśmie lub faksem. W okresie gwarancji koszty przesyłki kurierskiej związane z przesyłką sprzętu do serwisu jak i z serwisu do Zamawiającego pokrywa Wykonawca. | **TAK** |  |
| **7** | Na czas naprawy trwającej dłużej niż 3 dni roboczych, przez które rozumie się dni od poniedziałku do piątku za wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy, Wykonawca dostarczy sprzęt zastępczy. W przypadku niedostarczenia sprzętu zastępczego naliczane będą kary umowne w wysokości 0,1% ceny brutto naprawianego aparatu. | **TAK** |  |
| **8** | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas przestoju aparatu. | **TAK** |  |
| **9** | Wykonawca dostarcza Zamawiającemu wraz z przedmiotem umowy następujące dokumenty: - Kartę gwarancyjną w języku polskim, - Instrukcję użytkowania w języku polskim, - Wykaz autoryzowanych punktów serwisujących przedmiot zamówienia, - Paszport aparatu dla danego sprzętu. | **TAK** |  |
| **10** | W przypadku wykonania naprawy gwarancyjnej – potwierdzeniem wykonania usługi będzie karta pracy autoryzowanego serwisu podpisana przez upoważnionego przedstawiciela Zamawiającego oraz wystawienie przez Wykonawcę certyfikatu dopuszczenia sprzętu do eksploatacji klinicznej oraz wpis do Paszportu aparatu. | **TAK** |  |
| **11** | W przypadku trzykrotnej uzasadnionej reklamacji tej samej części aparatury, Wykonawca wymieni część na nowy, a w przypadku 5. uzasadnionych reklamacji różnych części aparatury wymieni aparaturę na nową. | **TAK** |  |
| **12** | Wykonawca gwarantuje dostępność części zamiennych przez okres co najmniej 10 lat od podpisania umowy. | **TAK** |  |

Uwaga:

Parametry, których wartość określona jest w rubryce „wartość wymagana” stanowią wymagane, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

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

Podpis i pieczęć osoby uprawnionej

do reprezentowania wykonawcy

*Załącznik nr 4*

Znak sprawy SNW/ZP-371-29/2018

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

 ( Pieczęć Wykonawcy )

OŚWIADCZENIE

Przystępując do postępowania w trybie zapytania ofertowego o wartości szacunkowej do 30 000 euro w sprawie udzielenia zamówienia publicznego na zakup ratalny sprzętu rehabilitacyjnego na potrzeby Szpitala Na Wyspie Sp. z o.o. z siedzibą w Żarach przy ul. Pszennej 2, numer sprawy: SNW/ZP-371-29/2018

Ja niżej podpisany ...........................................................................................................................................................

 (nazwisko i imię)

działając w imieniu ........................................................................................................................................................

 (nazwa i adres firmy)

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

będący należycie upoważniony (upoważniony na piśmie\* /wpisany w rejestrze\*) do reprezentowania przeze mnie firmy Oświadczam**, że:**

Wszystkie zaoferowane przez nas wyroby medyczne są dopuszczone do obrotu i używania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej - zgodnie z przepisami ustawy z dnia 20.05.2010r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2017r. poz. 211 z późn. zm.).

Ponadto oświadczamy, iż jesteśmy w posiadaniu aktualnych dokumentów dopuszczających zaoferowane wyroby medyczne do obrotu (tj. deklaracje zgodności CE) oraz udostępnimy je na każde żądanie Zamawiającego w terminie 3 dni od otrzymania wezwania.

.................................... dnia ....................

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

 podpis uprawnionego przedstawiciela wykonawcy

**\*niepotrzebne skreślić**

1. [↑](#footnote-ref-1)