………………………

**DANE WYKONAWCY;**(miejscowość, data)

Nazwa:………………………………………………………….

Adres:……………………………………………………………

Tel/fax:………………………………………………………….

e-mail:…………………………………………………………..

REGON: …….………………………………..

NIP: ………………………………….

KRS: …………………………………..

dostęp do właściwego rejestru pod adresem: ………………………………..

**FORMULARZ OFERTY**

Nawiązując do ogłoszenia o udzielenie zamówienia publicznego, którego wartość szacunkowa jest niższa od progu kwotowego 130 000,00 zł, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt. 1 tj. bez stosowania przepisów ustawy z dnia 11 września 2019 roku Prawo zamówień publicznych na **zakup diatermii chirurgicznej**.

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia tj.:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa asortymentu | Jedn. miary | Ilość | Cena jedn.  netto w PLN | Wartość netto  w PLN | VAT % | Wartość brutto  w PLN |
| 1. | Diatermia chirurgiczna -zgodnie z załącznikiem do FO - Zestawienie parametrów technicznych. | szt. | 1 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | RAZEM |  | xxx |  |

\* Wszystkie ceny mają być zaokrąglone do dwóch miejsc po przecinku.

1. Termin realizacji zamówienia: do ……………………............... (maksymalnie do 8.12.2023)
2. Warunki płatności: Przelewem ……………………… od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury (30 dni).
3. Termin związania ofertą: 30 dni, licząc od dnia upływu terminu do składania ofert.
4. **OŚWIADCZAM, ŻE:**

* zapoznaliśmy się z projektem umowy i opisem przedmiotu zamówienia, akceptujemy ich treść oraz zdobyliśmy wszelkie niezbędne informacje do przygotowania oferty i w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach określonych we wzorze umowy , w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego**,**
* przedmiot zamówienia jest zarejestrowany i dopuszczony do obrotu na rynku polskim i posiada wymagane prawem dokumenty, stwierdzające jego dopuszczenie do stosowania. Dokumenty te zostaną przedstawione na każde wezwanie Zamawiającego nie później, niż w terminie 3 dni roboczych od dnia otrzymania wezwania (w dowolnej formie),
* przedmiot zamówienia odpowiada najwyższym standardom technicznym, aktualnej wiedzy medycznej, posiada znak CE oraz nie może ze względu na technologię i zużycie stanowić zagrożenia dla życia lub zdrowia ludzkiego,
* posiadamy niezbędne uprawnienia, wiedzę, doświadczenie, potencjał ekonomiczny i techniczny oraz znajdujmy się w sytuacji finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,
* cena podana w ofercie zawiera wszystkie koszty i składniki związane z wykonaniem zamówienia jakie ponosi Zamawiający,
* 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 niniejsze zapytanie ofertowe.\**(wykreślić jeśli nie dotyczy).*

*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 L119 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).*

* **PODLEGAM / NIE PODLEGAM**\* wykluczeniu zpostępowania w niniejszym zapytaniu ofertowym o udzielenie zamówienia publicznego o wartości szacunkowej nie przekraczającej kwoty 130 000,00 zł, napodstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (\*niepotrzebne przekreślić).
* wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

1. Załącznikami do niniejszego formularza stanowiącymi integralną część oferty są:

1. ....................................................................

2. ...................................................................

3. ...................................................................

**ZAŁĄCZNIK DO FORMULARZA OFERTY**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Dotyczy:** postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego wartość szacunkowa jest niższa od progu kwotowego 130 000,00 zł, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt. 1 tj. bez stosowania przepisów ustawy z dnia 11 września 2019 roku Prawo zamówień publicznych na **zakup diatermii chirurgicznej.**

**UWAGA:** Wymogiem jest, aby wartości podane w kolumnie „Parametr oferowany” były zgodne ze stanem faktycznym oraz danymi zawartymi w oficjalnym dokumencie przedstawiającym dane techniczne (np. katalog). Zamawiający ma prawo wystąpić do wykonawców o udzielenie dalszych wyjaśnień niezbędnych dla weryfikacji udzielonych odpowiedzi.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametry wymagane** | **Parametr oferowany**  **PODAĆ / OPISAĆ** |
| **DIATERMIA CHIRURGICZNA** | | | |
| 1 | Nazwa – Model/typ/numer katalogowy | PODAĆ |  |
| 2 | Producent | PODAĆ |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | PODAĆ |  |
| 4 | Rok produkcji min.2022 | PODAĆ |  |
| **A. CHARAKTERYSTYKA TECHNICZNA** | | | |
| 1 | Urządzenie zarejestrowane jako wyrób medyczny oznaczony znakiem CE zgodny z normami krajowymi i europejskimi | TAK |  |
| 2 | Diatermia chirurgiczna umożliwiająca pracę mono i bipolarną z systemem zamykania naczyń do średnicy 7mm oraz resekcją bipolarną w roztworze soli fizjologicznej. Diatermia z technologią wykrywania oporności tkanki sterującą wszystkimi trybami oraz efektami. | TAK |  |
| 3 | Trzy tryby monopolarne: cięcie, koagulacja i zaawansowany tryb monopolarny, aktywowane z jednego urządzenia za pomocą oddzielnych włączników/przycisków. | TAK |  |
| 4 | Cięcie monopolarne czyste regulowane w zakresie co najmniej do 300 W | TAK / PODAĆ |  |
| 5 | Cięcie monopolarne mieszane regulowane w zakresie co najmniej do 200 W | TAK / PODAĆ |  |
| 6 | Zaawansowany tryb monopolarny łączący uzyskanie hemostazy i dyssekcji, zwolnienie pracy pozwala na uzyskanie lepszej hemostazy, natomiast przyspieszenie – na szybszą dyssekcję. Regulacja w zakresie do 200 W | TAK/NIE |  |
| 7 | Koagulacja monopolarna regulowana w zakresie do min. 120 W | TAK / PODAĆ |  |
| 8 | Koagulacja bipolarna regulowana w zakresie do 95 W | TAK / PODAĆ |  |
| 9 | Możliwość wyboru rodzaju koagulacji monopolarnej między łagodną, koagulacją bezkontaktową, koagulacją natryskową | TAK |  |
| 10 | Możliwość podłączenia dwóch narzędzi monopolarnych i jednoczasowego użycia w trybie koagulacji. | TAK/NIE |  |
| 11 | Koagulacja bipolarna dostępna w trybie niskim, średnim, wysokim | TAK |  |
| 12 | Funkcja auto-start dla koagulacji bipolarnej z regulowanym czasem opóźnienia z krokiem +/- 0,5s. W przypadku wzrostu impedancji tkanki podczas aktywacji powyżej 4000 Ω, dostarczanie energii zostanie dezaktywowane (auto-stop). | TAK |  |
| 13 | Wizualizacja nastawionej mocy | TAK |  |
| 14 | Funkcja do bipolarnego zamykania dużych naczyń oraz naczyń limfatycznych o śr. do 7mm włącznie z mocą do min. 350W, system dostarcza precyzyjną ilość energii umożliwiającej całkowite i trwałe zespolenie tkanek i światła naczyń. | TAK |  |
| 15 | Rodzaj i liczba niezależnie działających gniazd wyjściowych:  - bipolarne – min. 1 szt.  - monopolarne – min. 2 szt.  - do zamykania naczyń/resekcji bipolarnej – min. 1 szt.  - neutralne – 1 szt. | TAK / PODAĆ |  |
| 16 | Diatermia przystosowana do wykonywania zabiegów w płynach w technice bipolarnej (w soli fizjologicznej). Ustawienia efektu chirurgicznego mogą być regulowane w zakresie od 1 do 6. | TAK |  |
| 17 | Aparat wyposażony w system monitorowania jakości styku elektrycznego między elektrodą neutralną, a pacjentem. System ma za zadanie zminimalizować ryzyko wystąpienia oparzeń w miejscu przyłożenia elektrody neutralnej | TAK |  |
| 18 | Czytelna informacja o aktualnym stanie połączenia elektrody ze skórą pacjenta (wizualna – w postaci np. linijki lub zmieniającej kolor ikony elektrody neutralnej) | TAK |  |
| 19 | Ekran dotykowy LCD min. 7 cali | TAK / PODAĆ |  |
| 20 | Wizualna i akustyczna sygnalizacja nieprawidłowego działania urządzenia: komunikaty i opisy nieprawidłowości w języku polskim, kody serwisowe, pamięć kodów. | TAK |  |
| 21 | Zróżnicowany sygnał dźwiękowy dla trybów alarmowych. | TAK |  |
| 22 | Zróżnicowany sygnał dźwiękowy dla różnych trybów pracy z możliwością swobodnej regulacji głośności (nie dotyczy dźwięków alarmowych). | TAK |  |
| 23 | Gniazda przyłączeniowe automatycznie rozpoznające podłączone narzędzie. | TAK |  |
| 24 | Możliwość ustawiania mocy zaawansowanego trybu monopolarnego ze sterylnego pola. | TAK |  |
| **B. WYPOSAŻENIE DIATERMII CHIRURGICZNEJ** | | | |
| 1 | Wózek jezdny-1 szt. | TAK |  |
| 2 | Przewód do pincety bipolarnej, złącze dwubolcowe, długość przewodu 4,5 m, wtyk odlewany, sterylizacja parowa i gazowa, wielorazowego użytku, odpowiedni do penset z wtykami płaskimi - 1 szt. | TAK |  |
| 3 | Elektroda igłowa, delikatna, ze stali nierdzewnej, wielorazowego użytku, długość całkowita 6,6 cm, długość robocza 2,54 cm, średnica trzonka 2,4 mm – 2 szt. | TAK |  |
| 4 | Uchwyt monopolarny wielorazowy z elektrodą nożową, dwoma przyciskami cięcie i koagulacja, przełącznikiem kołyskowym, przewodem o dł. 4,6 m, złączem trójbolcowym oraz elektrodami z typowym trzonkiem 2,4mm, minimum 50 cykli sterylizacji – 10 szt. | TAK |  |
| 5 | Przewód elektrody powrotnej pacjenta z klipsem o szerokości styku 4 cm, długość przewodu 4,6 m, – 2 szt. | TAK |  |
| 6 | Elektroda powrotna z klejem elektroprzewodzącym oraz dzielonym stykiem szerokości 4 cm, wyposażona w system kontroli jakości styku kompatybilny z zaoferowanym generatorem oraz żelem zapewniającym prawidłowe przyleganie do skóry pacjenta , powierzchnia min. 150 cm2 jedno opakowanie (50 szt.) | TAK |  |
| 7 | Dwuprzyciskowy włącznik monopolarny - 1 szt. | TAK |  |
| 8 | Jednoprzyciskowy włącznik nożny bipolarny - 1 szt. | TAK |  |
| 9 | Ewakuator dymów pracujący jako urządzenie współpracujące z diatermiami z możliwością zamontowania na wózku lub postawienia jako samodzielnie działające urządzenie kompatybilny z oferowaną diatermią | TAK |  |
| 10 | Filtr do systemu ewakuatora dymu min. 2szt. | TAK |  |
| 11 | Panel przedni wyposażony we wskaźnik żywotności filtra, możliwość regulator intensywności pracy oddymiacza oraz gniazdo do podłączenia włącznika nożnego | TAK |  |
| 12 | Maksymalny przepływ min. 70m³/h | TAK |  |
| 13 | Brak konieczności instalacji filtrów wstępnych | TAK |  |
| 14 | Cztery tryby pracy: gotowości, z włącznikiem nożnym, z uchwytem monopolarnym, ciągły. | TAK |  |
| 15 | Kabel podłączeniowy do diatermii, synchronizacja pracy ewakuatora dymu po uruchomieniu koagulacji monopolarnej. | TAK |  |
| **C. WARUNKI GWARANCJI I SERWISU** | | | |
| 1 | Okres gwarancji min.24 miesiące | TAK / PODAĆ |  |
| 2 | Wykonawca będzie bez odrębnej płatności sprawował autoryzowany serwis gwarancyjny w okresie trwania gwarancji | TAK |  |
| 3 | Bezpłatny przegląd serwisowy w okresie gwarancji zalecany przez producenta min. jeden raz w ciągu 12 miesięcy | TAK |  |
| 4 | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48 godzin) w dni robocze (od pn-pt z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) | TAK/ PODAĆ |  |
| 5 | Aparat zastępczy w tej samej klasie i o tych samych lub wyższych parametrach na czas naprawy gwarancyjnej w przypadku nie dokonania naprawy w terminie 3 dni | TAK |  |
| 6 | Wykonawca zabezpieczy autoryzowany serwis pogwarancyjny na terenie Polski przez okres min. 10 lat od daty zainstalowania nazwa serwisu, adres, nr telefonu | TAK / PODAĆ |  |
| **D. POZOSTAŁE WYMAGANIA** | | | |
| 1 | Szkolenie personelu medycznego z obsługi i konserwacji bieżącej urządzenia. | TAK |  |
| 2 | Instrukcja w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej wraz z dostawą urządzenia. | TAK |  |
| 3 | Karta gwarancyjna i paszport techniczny urządzenia. | TAK |  |
| 4 | Dokumenty, świadectwa dopuszczające aparat do stosowania na terenie Polski np. Certyfikat CE lub deklaracja zgodności – dostarczyć wraz z dostawą urządzenia. | TAK |  |