Dane Wykonawcy;(miejscowość, data)

Nazwa:………………………………………………………….

Adres:……………………………………………………………

Tel/fax:………………………………………………………….

e-mail:…………………………………………………………..

**FORMULARZ OFERTY**

Nawiązując do ogłoszenia o udzielenie zamówienia publicznego o wartości szacunkowej nie przekraczającej kwoty 130 000,00 zł, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt. 1 tj. bez stosowania przepisów ustawy z dnia 11 września 2019 roku Prawo zamówień publicznych na **zakup fiberoskopu.**

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia tj.:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa asortymentu  | Jedn. miary | Ilość | Cena jedn.netto w PLN | Wartość netto w PLN  | VAT % | Wartość bruttow PLN |
| 1. | Fiberoskopzgodnie z załącznikiem do Formularza oferty – parametry wymagane | szt. | 1 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Razem |  | xxx |  |

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

1. Termin realizacji zamówienia: .............………………(do 31.01.2023r.)
2. Warunki płatności: Przelewem ………………….……… (nie mniej niż 60 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury).
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 odpowiada najwyższym standardom technicznym, aktualnej wiedzy medycznej, 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. ...................................................................

…………………………….……………….

Podpis osoby upoważnionej

 **ZAŁĄCZNIK DO FORMULARZA OFERTY**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametry wymagane** | **Parametr oferowany** **PODAĆ / OPISAĆ** |
| **FIBEROSKOP** |
| 1 | Nazwa – Model/typ/numer katalogowy | PODAĆ |  |
| 2 | Producent | PODAĆ |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | PODAĆ |  |
| 4 | Rok produkcji 2022 | PODAĆ |  |
| ***A. CHARAKTERYSTYKA TECHNICZNA*** |
| 1 | Pole widzenia 85 stopni | TAK |  |
| 2 | Głębia widzenia 5-50 mm | TAK |  |
| 3 | Średnica końcówki 3,1 mm | TAK |  |
| 4 | Średnica sondy 3,5 mm | TAK |  |
| 5 | Długość robocza 300 mm | TAK |  |
| 6 | Długość całkowita 550 mm | TAK |  |
| 7 | Zagięcie końcówki góra/dół | TAK |  |
| 8 | Standardowe przyłącze światłowodu | TAK |  |
| 9 | Możliwość sterylizacji w sterylizatorze plazmowym typ STERRAD | TAK |  |
| ***B. 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 | Przedmiot zamówienia 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 |  |
| ***C. POZOSTAŁE WYMAGANIA***  |
| 1 | Szkolenie personelu medycznego z obsługi i konserwacji bieżącej przedmiotu zamówienia. | TAK |  |
| 2 | Instrukcja w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej wraz z dostawą urządzenia | TAK |  |
| 3 | Karta gwarancyjna i paszport techniczny | TAK |  |
| 4 | Dokumenty, świadectwa dopuszczające aparat do stosowania na terenie Polski np. Certyfikat CE lub deklaracja zgodności – dostarczyć wraz z dostawą przedmiotu zamówienia | TAK |  |

……………………………….

Podpis osoby upoważnionej