………..……………..

**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 zestawu do zabiegów operacyjnych w niedokrwieniu**.

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia tj.:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa asortymentu  | Jedn. miary | Ilość | Cena jedn.netto w PLN | Wartość netto w PLN  | VAT % | Wartość bruttow PLN |
| 1. | Zestaw do zabiegów operacyjnych w niedokrwieniu -zgodnie z załącznikiem do FO - Zestawienie parametrów technicznych. | Kpl. | 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 zestawu do zabiegów operacyjnych w niedokrwieniu.**

**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** |
| **ZESTAW DO ZABIEGÓW OPERACYJNYCH W NIEDOKRWIENIU** |
| 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 fabrycznie nowe, nie powystawowe, nie rekondycjonowane |  |  |
| 2 | Elektroniczny zasilacz opasek zaciskowych z dwoma kanałami zasilania opasek zaciskowych sprężonym powietrzem poprzez zintegrowany kompresor |  |  |
| 3 | Zasilanie sieciowe 100-230V, 50/60Hz |  |  |
| 4 | Pobór mocy max. 100VA |  |  |
| 5 | Awaryjne zasilanie akumulatorowe |  |  |
| 6 | Niezależne ustawienie ciśnienia dla mankietu prawego i lewego |  |  |
| 7 | Zakres ustawienia ciśnienia w mankiecie min. 30mmHg - 750mmHg |  |  |
| 8 | Niezależne ustawienie czasu dla mankietu prawego i lewego |  |  |
| 9 | Zakres ustawienia czasu min. 3 – 240 minut |  |  |
| 10 | Możliwość płynnej regulacji ciśnienia w mankiecie w trakcie zabiegu |  |  |
| 11 | Automatyczne spuszczanie powietrza po upływie zadanego czasu |  |  |
| 12 | Ekran dotykowy |  |  |
| 13 | Możliwość mocowania na szynie lub stojaku kroplówki |  |  |
| 14 | Waga max. 7,5 kg |  |  |
| **B. WYPOSAŻENIE** |
| 1 | Mankiet konikalny pojedynczy z odczepianym przewodem o rozmiarze 76 x 13cm ±3cm - 2szt. |  |  |
| 2 | Mankiet konikalny pojedynczy z odczepianym przewodem o rozmiarze 110 x 13cm ±3cm – 2szt. |  |  |
| 3 | Mankiet prosty pojedynczy z odczepianym przewodem o rozmiarze 46 x 10cm ±3cm – 2szt. |  |  |
| 4 | Przewód ciśnieniowy wielokrotnego użytku - 1szt. |  |  |
| **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 |  |
| **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 |  |