………..……………..

**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 rejestratorów ciśnienia -holter ciśnieniowy.**

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. | Rejestrator ciśnienia - Holter ciśnieniowy -zgodnie z załącznikiem do FO - Zestawienie parametrów technicznych. | szt. | 4 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | RAZEM |  | xxx |  |

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

1. Termin realizacji zamówienia: do ……………………............... (maksymalnie do 20.12.2023)
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 rejestratorów ciśnienia – holter ciśnieniowy**

**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** |
| **REJESTRATOR CIŚNIENIA – HOLTER CIŚNIENIOWY** | | | |
| 1 | Nazwa – Model/typ/numer katalogowy | PODAĆ |  |
| 2 | Producent | PODAĆ |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | PODAĆ |  |
| 4 | Rok produkcji min. 20223 | PODAĆ |  |
| **A. CHARAKTERYSTYKA TECHNICZNA** | | | |
| 1 | Urządzenie zarejestrowane jako wyrób medyczny oznaczony znakiem CE zgodny z normami krajowymi i europejskimi | TAK |  |
| 2 | Oscylometryczna metoda pomiaru ciśnienia krwi | TAK |  |
| 3 | Zakres pomiaru ciśnienia krwi min. 20 – 200 mmHg | TAK |  |
| 4 | Dokładność pomiaru ciśnienia krwi ±3 mmHg | TAK |  |
| 5 | Zakres pomiaru częstości tętna min. 30 – 220 uderzeń na minutę | TAK |  |
| 6 | Dokładność pomiaru częstości tętna ±2% lub 3 BPM, zawsze większa wartość jest aktualna do danego pomiaru | TAK |  |
| 7 | Maksymalne ciśnienie w mankiecie ograniczone do 300mmHg | TAK |  |
| 8 | Automatyczny zawór bezpieczeństwa wypustu powietrza na przypadek błędu w zasilaniu | TAK |  |
| 9 | Czas trwania maksymalnego ciśnienia w mankiecie max. 75 sekund | TAK |  |
| 10 | Transfer danych poprzez złącze Mini USB mini-typ B | TAK |  |
| 11 | Zasilanie aparatu 2 x 1,2 V AA akumulatorki o pojemności min. 2500mAh lub 2 x 1,5 V AA baterie alkaliczne wysokiej jakości | TAK |  |
| 12 | Wymiana akumulatorów bez utraty ustawień rejestratora ani danych pomiarowych | TAK |  |
| 13 | Funkcja blokady wyświetlania parametrów mierzonych na wyświetlaczu. | TAK |  |
| 14 | Przycisk zdarzeń pacjenta | TAK |  |
| 15 | Wbudowana karta pamięci min. 2 Gb (mikroSD) | TAK |  |
| 16 | Czas trwania rejestracji min. od 8 do 320 godzin ciągłego monitorowania aktywności ruchowej | TAK |  |
| 17 | Możliwość ustawienia odstępów pomiarowych min. 10, 15, 30, 45, 60, 90 min. | TAK |  |
| 18 | Rejestrator kompatybilny z posiadanym przez Zamawiającego systemem Holter ciśnieniowy firmy Labtech Kft. | TAK |  |
| 19 | Waga max. 300 g (z bateriami) | TAK |  |
| 20 | Dokładność kliniczna zgodnie z wymaganiami ANSI/AAMI SP10:2002(r)2008, EN1060-4:2004, ISO 81060-2:2009 | TAK |  |
| **B. WYPOSAŻENIE** | | | |
| 1 | W zestawie do każdego rejestratora  - mankiet standardowy  - ładowarka  - komplet akumulatorów typ AA  - etui na rejestrator | 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 przyjęcie zgłoszenia o uszkodzeniu | ≤ 48godz. |  |
| 5 | Rejestrator 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 sprzętu. | 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 |  |