*Załącznik nr 1*

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

*(miejscowość, data)*

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

*(Pieczęć wykonawcy)*

# FORMULARZ OFERTY

**VITA Zespół Lekarza Rodzinnego s.c.**

**Elżbieta Tomiak i Wspólnicy**

**ul. Nowa 5/1, 67-106 Otyń**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe pod nazwą **„Dostawa sprzętu medycznego – część 4”** (oznaczenie sprawy: PV.05.04.2025.DS4):

1. **OFERUJEMY** wykonanie całości przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w zapytaniu ofertowym za cenę ryczałtową brutto ………………………………………………………… zł(słownie: …………………………………………………………………………………………….)zgodnie z wypełnionym formularzem cenowym stanowiącym załącznik nr 3 do zapytania ofertowego.

1. **OŚWIADCZAMY**, że posiadamy wszystkie informacje potrzebne do prawidłowego przygotowania oferty, spełniamy wszystkie warunki udziału w niniejszym postępowaniu i nie podlegamy wykluczeniu z postępowania o udzielenie niniejszego zamówienia.

1. **OŚWIADCZAMY**, że posiadamy doświadczenie i wiedzę z zakresu objętego przedmiotem zamówienia niezbędne do jego prawidłowego wykonania zgodnie z wymaganiami Zamawiającego zawartymi w zapytaniu ofertowym.

1. **OŚWIADCZAMY**, że dostawy objęte zamówieniem wykonamy w terminie określonym w zapytaniu ofertowym.

1. **OŚWIADCZAMY**, iż w ramach wszystkich dostarczanych elementów udzielamy gwarancji na

przedmiot umowy według danych z poniższej tabeli:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Elementy przedmiotu zamówienia** | **Okres gwarancji**  **(w miesiącach)** |
| 1. | **Detektor przepływu Doppler** - min. 12 m-cy |  |
| 2. | **Aparat do szybkiej diagnostyki - różne testy w tym CRP** - min. 6 m-cy |  |
| 3. | **Aparat USG przenośny (mobilny)** - min. 36 m-cy |  |
| 4. | **E-stetoskop -** min. 24 m-ce |  |

1. **OŚWIADCZAMY**, że zapoznaliśmy się z zapytaniem ofertowym oraz wyjaśnieniami i zmianami przekazanymi przez Zamawiającego i uznajemy się za związanych określonymi w nich zasadami postępowania.

1. **OŚWIADCZAMY**, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w zapytaniu ofertowym.

1. **AKCEPTUJEMY** warunki płatności określone przez Zamawiającego w zapytaniu ofertowym i projekcie umowy.

1. **OŚWIADCZAMY**, że zapoznaliśmy się z postanowieniami umowy, które zostały zawarte w zapytaniu ofertowym i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

1. **DOSTAWY** objęte zamówieniem wykonamy sami\* / przy współudziale podwykonawców\*. Podwykonawcom zostanie powierzona realizacja następującego zakresu zamówienia:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa i adres Podwykonawcy**  (podać o ile to wiadome na etapie składania oferty) | **Zakres powierzony do wykonania podwykonawcy** |
| …………………………………………….  …………………………………………….. | …………………………………………….  …………………………………………….. |

**\****niepotrzebne skreślić*

1. **OŚWIADCZAMY**, iż w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu,

polegamy na zasobach podmiotów trzecich wskazanych poniżej:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa i adres Podmiotu udostępniającego zasoby** | **Zakres udostępnionych zasobów** |
| …………………………………………….  …………………………………………….. | zdolności zawodowe\*  lub sytuacja ekonomiczna\* |

1. **OŚWIADCZAMY**, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 Rozporządzenia 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) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym postępowaniu.\*\*

\*\* 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. Należy wówczas niniejsze oświadczenie wykreślić.

1. **INFORMUJEMY\*\*\***, iż wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w odniesieniu do następujących towarów lub usług ………………………

(podać nazwę, rodzaj), których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania. Wartość towaru lub usług powodująca obowiązek podatkowy u Zamawiającego to ……………… zł netto\*.

*\*\*\*dotyczy Wykonawców, których oferty będą generować obowiązek doliczania wartości podatku VAT do wartości netto oferty, tj. w przypadku:*

* 1. *wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów,*
  2. *mechanizmu odwróconego obciążenia, o którym mowa w art. 17 ust. 1 pkt 7 ustawy o podatku od towarów i usług,*
  3. *importu usług lub importu towarów, z którymi wiąże się obowiązek doliczenia przez Zamawiającego podatku VAT przy porównywaniu cen ofertowych.*

1. Dane wykonawcy:

|  |  |
| --- | --- |
| *miejscowość, kod:* | *............................................................................................................* |
| *ulica:* | *............................................................................................................* |
| *województwo:* | *............................................................................................................* |
| *telefony:* | *............................................................................................................* |
| *fax.:* | *............................................................................................................* |
| *e-mail:* | *............................................................................................................* |

adres do korespondencji:*............................................................................................................*

1. Załącznikami do niniejszej oferty są:
   1. .............................................................................
   2. .............................................................................

Podpisano:

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

*(czytelny podpis upełnomocnionego przedstawiciela*

*lub imienna pieczątka + podpis)*

*Załącznik nr 1a*

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

*(pieczęć podmiotu)*

# FORMULARZ – OPIS PRZEDMIOTU OFERTY

**„Dostawa sprzętu medycznego – część 4” (oznaczenie sprawy: PV.05.04.2025.DS4):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane minimalne parametry**  **techniczne urządzenia** | **Potwierdzam, że oferowany przedmiot spełnia wszystkie wymagania**  **Zamawiającego wynikające z Opisu**  **Przedmiotu Zamówienia**  *Wykonawca zobowiązany jest do potwierdzenia, że oferowany*  *przedmiot spełnia wymagania*  *(w każdym wierszu należy wpisać „TAK”)* | **Oferowany parametr**  **(podać zakres i opisać, jeśli dotyczy)** |
| **I** | **detektor przepływu Doppler** | | |
| 1. | producent, nazwa, typ |  | |
| 2. | rodzaj: doppler dwukierunkowy CW z wbudowaną drukarką termiczną, regulowanym głośnikiem oraz czytelnym wyświetlaczem LCD |  |  |
| 3. | transmisja danych z dopplera do komputera, pasujące do urządzenia oprogramowanie |  |  |
| 4. | mierzone wartości: prędkość systoliczna, środkowa i diastoliczna, opór, wskaźnik perfuzji, Systole/Diastole (S/D), Ratio, Częstotliwość uderzeń serca |  |  |
| 5. | wbudowana drukarka termiczna, wydruk danych na papierze termicznym (5,8 cm (szer.0 x 2,5 c, (dł.)), prędkość wydruku 25 mm/sek. |  |  |
| 6. | wyświetlacz LCD |  |  |
| 7. | głośnik (regulowana głośność) |  |  |
| 8. | wprowadzanie danych pacjenta za pomocą przycisku nawigacyjnego |  |  |
| 9. | pamięć wewnętrzna na maks. 30 kształtów fali |  |  |
| 10. | wyświetlanie i wydruk kształtów fali, zmierzonych wartości i tętna płodu |  |  |
| 11. | można stosować z różnymi sondami (2,4,5,8 i 10 MHz) |  |  |
| 12. | automatyczne rozpoznanie sondy |  |  |
| 13. | port USB do transmisji danych do komputera |  |  |
| 14. | zamrażanie i wydruk przez przyciśnięcie klawisza |  |  |
| 15. | automatyczne wyłączanie |  |  |
| 16. | wbudowany akumulator NiMH (czas pracy ok. 2,5 godzin) |  |  |
| 17. | złącza: słuchawki, USB, PS/2 dla klawiatury PC |  |  |
| 18. | w zestawie: doppler dwukierunkowy, sonda 8Mhz, zasilacz sieciowy, żel do USG, papier termiczny, torba transportowa, złącza |  |  |
| **II** | **aparat do szybkiej diagnostyki - różne testy w tym CRP** | | |
| 1. | producent, nazwa, typ |  | |
| 2. | intuicyjna obsługa na ekranie dotykowym |  |  |
| 3. | badane parametry: glukoza, Bilirubina, ketony, ciężar właściwy, krew utajona, pH, białko, urobilinogen, azotyny, leukocyty, albumina, kreatynina, hCG (kasety testowe) |  |  |
| 4. | automatyczne rozpoznawanie pasków, kontrola jakości przy każdym przeprowadzeniu testu |  |  |
| 5. | automatyczna analiza po umieszczeniu paska testowego na stoliku testowym |  |  |
| 6. | wynik widoczny na wyświetlaczu i wydruku z wbudowanej drukarki termicznej |  |  |
| 7. | wewnętrzna pamięć na maks. 200 wyników pomiaru i danych pacjenta |  |  |
| 8. | komunikacja z komputerem przez jednokierunkowe złącze szeregowe (RS232) |  |  |
| 9. | zasilanie sieciowe lub bateryjne |  |  |
| **III** | **aparat USG przenośny (mobilny)** | | |
| 1. | producent, nazwa, typ |  | |
| 2. | rodzaj: bezprzewodowy, mobilny aparat USG |  |  |
| 3. | bezprzewodowa, podwójna głowica sektorowo-liniowa |  |  |
| 4. | wizualizacja i pomiar powierzchownych i głębokich struktur anatomicznych i płynów |  |  |
| 5. | odporność na wilgoć i upadki |  |  |
| 6. | zakres częstotliwości 1,6 - 3,7 MHz (głowica sektorowa), 3 - 12 MHz (głowica liniowa) |  |  |
| 7. | ilość elementów piezoelektrycznych: 64 (głowica sektorowa), 192 (głowica liniowa) |  |  |
| 8. | powierzchnia akustyczna: 22x17 mm (głowica sektorowa), 40x7 mm (głowica liniowa) |  |  |
| 9. | maksymalny zasięg: 24 cm (głowica sektorowa), 8cm (głowica liniowa) |  |  |
| 10. | kąt obrazowania: do 90 stopni (głowica sektorowa) |  |  |
| 11. | współpraca z aplikacją na urządzenie z systemem Android lub iOS |  |  |
| 12. | funkcje aplikacji: Zamrażanie/odmrażanie obrazu, zapisywanie ujęć, wzmacnianie i regulacja głębokości, ustawienia wstępne do wizualizacji różnych organów |  |  |
| 13. | dostępne funkcje pomiarowe: odległość, obwód, kąt, prędkość, nachylenie, tętno i pomiary położnicze (BPD, HC, AC, FL, CRL, AFI, DVP i AOP) |  |  |
| 14. | możliwość dodania opisów, adnotacji, strzałek i znacznika linii środk. |  |  |
| 15. | 50 minut ciągłego skanowania przy w pełni naładowanym akumulatorze, redukcja szumów i innych zakłóceń |  |  |
| 16. | zintegrowany interfejs DICOM dla serwerów sieciowych lub folderów współdzielonych |  |  |
| 17. | tryby obrazowania: B (czarno-biały), kolorowy doppler (przepływ koloru), PW (doppler fali pulsacyjnej), M (obrazowanie ruchu) |  |  |
| 18. | usuwanie obrazu po eksporcie i dwupunktowe szyfrowanie danych |  |  |
| **IV** | **e- stetoskop** |  |  |
| 1. | producent, nazwa, typ |  |  |
| 2. | cyfrowe wzmocnienie dźwięku do 40x |  |  |
| 3. | redukcja szumów otoczenia (ANC) |  |  |
| 4. | łączność Bluetooth – współpraca z aplikacją |  |  |
| 5. | możliwość nagrywania i udostępniania dźwięków serca i płuc |  |  |
| 6. | tryb cyfrowy i analogowy – szybkie przełączanie |  |  |
| 7. | dwustronna głowica z membraną dla dorosłych i pediatryczną |  |  |
| 8. | regulowana membrana umożliwiająca osłuchiwanie wysokich i niskich częstotliwości |  |  |
| 9. | transmisja danych do urządzenia mobilnego (android lub iOS) poprzez Bluetooth |  |  |
| 10. | zapisywania i dodawanie adnotacji do nagrań (15, 30, 60 lub 120 sekund), przełączanie między trybem analogowym i cyfrowym |  |  |
| 11. | regulacja głośności |  |  |

......................, data ………… 2025 r.

Podpisano:

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

*(czytelny podpis upełnomocnionego przedstawiciela*

*lub imienna pieczątka + podpis)*

*Załącznik nr 2*

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

*(pieczęć podmiotu)*

# OŚWIADCZENIE

# O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe dotyczące zadnia pn.: **„****Dostawa sprzętu medycznego – część 4” (oznaczenie sprawy: PV.05.04.2025.DS4)** oświadczamy, że nie jesteśmy powiązani z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo.

*Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzaniem procedury wyboru Wykonawcy, a Wykonawcą, polegające w szczególności na:*

*a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,*

1. *posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji,*
2. *pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,*
3. *pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli,*
4. *istnieniu relacji gospodarczych lub osobowych pomiędzy wykonawcą a beneficjentem, w ramach której jeden z wymienionych podmiotów wywiera dominujący wpływ na drugi, przy czym dominujący wpływ istnieje również wówczas, gdy beneficjent i wykonawca pozostają w takich relacjach z osobą fizyczną lub grupą osób fizycznych działających wspólnie.*

Jednocześnie, w związku z przepisem art. 1 pkt 3 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. z 2022 r. poz. 835), oświadczamy, iż nie jesteśmy podmiotem umieszczonym (lub powiązanym z nim) na liście prowadzonej przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych. Lista została opublikowana w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji pod linkiem: https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami. \*

*\* w przypadku ofert wspólnych (konsorcjum lub spółki cywilnej) bezwzględnie przedmiotowe oświadczenie w swoim imieniu składa każdy z Wykonawców.*

......................, data ………… 2025 r.

Podpisano:

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

*(czytelny podpis upełnomocnionego przedstawiciela*

*lub imienna pieczątka + podpis)*

*Załącznik nr 3*

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

*(pieczęć podmiotu)*

# FORMULARZ CENOWY

**„Dostawa sprzętu medycznego – część 4” (oznaczenie sprawy: PV.05.04.2025.DS4)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Poz.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **J.m.** | **Cena jedn. netto za sztukę (zł)** | **Stawka VAT (%)** | **Cena jednostkowa brutto za sztukę (zł)** | **Cena brutto ogółem (zł)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7 = 5 + (5\*6)* | *8 = 3 \* 7* |
| 1. | **Detektor przepływu Doppler** | 1 | szt. |  |  |  |  |
| 2. | **Aparat do szybkiej diagnostyki - różne testy w tym CRP** | 1 | szt. |  |  |  |  |
| 3. | **Aparat USG przenośny (mobilny)** | 1 | szt. |  |  |  |  |
| 4. | **E-stetoskop** | 1 | szt. |  |  |  |  |
| **ŁĄCZNIE BRUTTO** | | | | | | |  |

SŁOWNIE ŁĄCZNIE BRUTTO :

………………………………………………………………………………………………………. zł

......................, data ………… 2025 r.

Podpisano:

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

*(czytelny podpis upełnomocnionego przedstawiciela*

*lub imienna pieczątka + podpis)*