*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 5”** (oznaczenie sprawy: PV.06.04.2025.DS5):

1. **OFERUJEMY** wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w zapytaniu ofertowym za cenę ryczałtową w pozycjach 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 dostarczanych elementów udzielamy gwarancji na przedmiot umowy według danych z poniższej tabeli:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zaznaczyć „X”, jeśli dotyczy**  | **Elementy przedmiotu zamówienia**  | **Okres gwarancji** **(w miesiącach)**  |
|  | **Aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi elektroniczny i/lub manualny w różnych rozmiarach w tym z kompletem mankietów dla dzieci** - min. 36 m-cy |   |
|  | **Bilirubinometr** - min. 24 m-ce |  |
|  | **Elektroniczna tablica do badania ostrości wzroku** - min. 24 m-ce |  |
|  | **Waga medyczna dla niemowląt -** min. 24 m-ce |  |
|  | **Dermatoskop -** min. 36 m-cy |  |
|  | **Waga z analizatorem masy ciała -** min. 36 m-cy |  |
|  | **Wizualizator naczyniowy (skaner żył) -** min. 24 m-ce |  |
|  | **Meble medyczne – szafa medyczna dwuskrzydłowa -** min. 6 m-cy |  |
|  | **Meble medyczne – wózek laboratoryjny -** min. 6 m-cy |  |
|  | **Meble medyczne – zestaw mebli biurowych -** min. 6 m-cy |  |
|  | **Meble medyczne – zestaw mebli do gabinetu lekarskiego -** min. 6 m-cy |  |

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 5” (oznaczenie sprawy: PV.06.04.2025.DS5):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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** | **aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi elektroniczny i/lub manualny w różnych rozmiarach w tym z kompletem mankietów dla dzieci** |
| 1. | producent, nazwa, typ |  |
| 2. | rodzaj: ciśnieniomierz naramienny z funkcją EKG |  |  |
|  | 1-odprowadzeniowe EKG wykrywa Afib, bradykardię, tachykardię, inne zaburzenia rytmu w 30sekund |  |  |
| 3. | 4 czujniki na palce do pomiaru EKG |  |  |
| 4. | wskaźnik AFib — wykrywa możliwość wystąpienia migotania przedsionków |  |  |
| 5. | pamięć 90 odczytów |  |  |
| 6. | wskaźnik prawidłowo założonego mankietu |  |  |
| 7. | metoda pomiaru: oscylometryczna |  |  |
| 8. | zakres ciśnienia: od 0 do 299 mmHg |  |  |
| 9. | zakres pomiaru tętna: od 40 do 180 uderzeń/min |  |  |
| 10. | zakres pomiaru ciśnienia: SYS (skurczowe) od 60 do 260 mmHg / DIA (rozkurczowe) od 40 do 215mmHg |  |  |
| 11. | dokładność: ciśnienie ±3 mmHg / tętno ±5% wyświetlanego odczytu |  |  |
| 12. | zasilanie bateryjne, metoda przesyłania danych: Bluetooth,  |  |  |
| 13. | w zestawie: ciśnieniomierz, mankiet naramienny (22-42 cm), baterie, instrukcja obsługi, pokrowiec do przechowywania |  |  |
| **II** | **bilirubinometr** |
| 1. | producent, nazwa, typ |  |
| 2. | natychmiastowy pomiar – wynik w ciągu ok. 2 sekund |  |  |
| 3. | pomiar bezinwazyjny, przezskórny, bez pobierania krwi |  |  |
| 4. | temperatura pracy: 5 – 40 st. C, temperatura przechowywania: od -20 do 55 st. C |  |  |
| 5. | błąd pomiaru maks. 1,5 mg/dl |  |  |
| 6. | zakres pomiarowy 0 – 25 mg/ dl. |  |  |
| 7. | pamięć min. 100 wyników, możliwość uśredniania 1–5 pomiarów |  |  |
| 8. | kolorowy ekran LCD o wielkości min. 3”, możliwość wpisania ID dziecka i personelu, wygaszacz ekranu |  |  |
| 9. | wbudowany akumulator oraz okienka kontrolne umożliwiające sprawdzenie poprawność kalibracji, sygnalizacja niskiego napięcia |  |  |
| 10. | stacja dokująca z ładowaniem |  |  |
| 11. | menu urządzenia i instrukcja obsługi w języku polskim |  |  |
| **III** | **elektroniczna tablica do badania ostrości wzroku** |
| 1. | producent, nazwa, typ |  |
| 2. | optotyp: litery |  |  |
| 3. | podświetlenie tablicy, pilot w zestawie (On/Off) |  |  |
| 4. | szkło akrylowe |  |  |
| 5. | zasięg odczytu: 3 lub 5 metrów do wyboru |  |  |
| 6. | pole widzenia: 24 x 62 cm |  |  |
| 7. | wymiary zewnętrzne: 29,5 x 67,5 x 12 cm |  |  |
| **IV** | **waga medyczna dla niemowląt** |
| 1. | producent, nazwa, typ |  |
| 2. | rodzaj: waga niemowlęca z możliwością przekształcenia w podłogową |  |  |
| 3. | obciążenie maksymalne 20 kg |  |  |
| 4. | dokładność 5 g < 10 kg > 10 g |  |  |
| 5. | wyświetlacz LCD |  |  |
| 6. | zasilanie: bateryjne i sieciowe (zasilacz w zestawie) |  |  |
| 7. | wymiary szalki: 560 x 290 x 145 mm |  |  |
| 8. | funkcje: TARA, HOLD |  |  |
| 9. | elektroniczny wzrostomierz |  |  |
| 10. | w komplecie torba transportowa, instrukcja obsługi w języku polskim |  |  |
| **V** | **dermatoskop** |
| 1. | producent, nazwa, typ |  |
| 2. | powiększenie od 10 x do 16 x. |  |  |
| 3. | regulowany okular |  |  |
| 4. | indywidualna regulacja ostrości, możliwa korekcja w zakresie -6 / +6 D. |  |  |
| 5. | temperatura koloru 5 000 K, wskaźnik odwzorowania koloru (CRI) > 80 na skali do 100. |  |  |
| 6. | możliwość połączenia z cyfrowymi lustrzankami SLR |  |  |
| 7. | przełącznik oświetlenia spolaryzowanego i niespolaryzowanego |  |  |
| 8. | rękojeść akumulatorowa z kablem USB i zasilaczem sieciowym |  |  |
| 9. | technologia światła: LED HQ |  |  |
| 10. | możliwość tworzenia dokumentacji cyfrowej |  |  |
| 11. | w zestawie: dermatoskop, płytka kontaktowa fi 23 mm ze skalą mm, zasilacz, min. 10ml olejku dermatoskopowego, kompendium dermatoskopowe, twarde etui |  |  |
| **VI** | **waga z analizatorem masy ciała** |
| 1. | producent, nazwa, typ |  |
| 2. | rodzaj: wieloczęstotliwościowy segmentowy analizator składu ciała z kolumną |  |  |
| 3. | wejście na kartę SD, na której zapisywane są wyniki pomiarów, historia pomiarów, przywołanie ostatniego pomiaru |  |  |
| 4. | parametry pomiaru: masa ciała, BMI, tkanka tłuszczowa (w kg i %), wskaźnik tkanki tłuszczowej wisceralnej, masa mięśniowa (w kg i %), zawartość wody (w kg i %), PPM |  |  |
| 5. | możliwość pomiaru dotatkowych parametrów po dokupieniu dodatkowego oprogramowania |  |  |
| 6. | możliwość pomiaru segmentowego i całego ciała  |  |  |
| 7. | maksymalne obciążenie 270 kg |  |  |
| 8. | dokładność pomiaru 100 gram |  |  |
| 9. | metoda pomiaru Oktapolarna (8 elektrod) |  |  |
| 10. | wyświetlacz: podwójny, podświetlany, zintegrowany, kolorowy wyświetlacz LCD, interfejs: karta SD< RS232C, USB, zasilacz |  |  |
| 11. | technologia BIA: Wieloczęstotliwościowa - 5kHz/50kHz/250kHz |  |  |
| **VII** | **wizualizator naczyniowy (skaner żył)** |
| 1. | producent, nazwa, typ |  |
| 2. | rodzaj: skaner żył ze statywem na biurko  |  |  |
| 3. | 8 trybów obrazowania żył ze wskazaniem kolorometrycznym głębokości żył |  |  |
| 4. | 3 rozmiary wielkości obrazowania |  |  |
| 5. | długość podczerwieni: 750-950nm |  |  |
| 6. | projekcja światła: 300- 1100 lux |  |  |
| 7. | głębokość wykrywania: do 12 mm |  |  |
| 8. | odległość wykrywania: 20-35 cm |  |  |
| 9. | dokładność położenia naczyń ± 0,3mm |  |  |
| 10. | wyświetlacz LCD: 2,4 cala, interfejs w języku polskim, funkcja foto, 8 – 12 kolorów wyświetlania, inwersja obrazu, regulacja jasności |  |  |
| 11. | rozdzielczość projekcji: 840 x 480 |  |  |
| 12. | czas pracy: do 5 h na wbudowanym akumulatorze, lub tryb ciągły przy zasilaniu sieciowym |  |  |
| **VIII** | **meble medyczne – szafa medyczna dwuskrzydłowa** |
| 1. | producent, nazwa, typ |  |
| 2. | rodzaj: szafa medyczna metalowa, dwuskrzydłowa, przeszklona góra |  |  |
| 3. | dół: dwie półki metalowe, drzwi metalowe zamykane na klucz |  |  |
| 4. | góra: dwie półki szklane, drzwi szklane, zamykane na klucz  |  |  |
| 5. | wymiary (bez nóżek) [Wys x Sz x Gł]: 175 x 80 x 40 cm |  |  |
| 6. | nóżki z regulacją w zakresie 95-125 mm |  |  |
| 7. | pokrycie farbą odporną na działanie czyszczących substancji chemicznych, chloru itp., nietoksyczną i ognioodporną, kolor biały RAL 9016 |  |  |
| **IX** | **meble medyczne – szafa medyczna dwuskrzydłowa** |
| 1. | producent, nazwa, typ |  |
| 2. | rodzaj wózek laboratoryjny 4-wastwowy |  |  |
| 3. | 3 szuflady, poszerzana taca  |  |  |
| 4. | 4 koła średnica 65 mm, z tego 2 z hamulcami  |  |  |
| 5. | wymiary tacy 395 x 455 mm, głębokość 19 mm |  |  |
| 6. | wymiary szuflad 340 x 295 x 100 mm |  |  |
| 7. | maksymalne obciążenie 50 kg |  |  |
| **X** | **meble medyczne – szafa medyczna dwuskrzydłowa** |
| 1. | producent, nazwa, typ |  |
| 2. | rodzaj: biurko medyczne z kontenerkiem |  |  |
| 3. | pokrycie z laminatu, kolor biały |  |  |
| 4. | wymiary biurka (Sz x Wys x Gł): 160 x 72 x 80 cm, grubość blatu: 22 mm, prostokątny, stałe nogi |  |  |
| 5. | kontenerek na 3 szuflady, zamykane na klucz, na kółkach, |  |  |
| 6. | wymiary kontenerka: (S x W x G):40 x 60 x 60 cm |  |  |
| **XI** | **meble medyczne – zestaw mebli do gabinetu lekarskiego** |
| 1. | producent, nazwa, typ |  |
| 2. | zestaw szafka z szufladami + szafka ze zlewem i baterią + blat |  |  |
| 3. | 1 x szafka z 4 szufladami, wymiar (WxSxG) 820x800x550 |  |  |
| 4. | 1 x szafka ze zlewem 2-komorowym wpuszczanym w blat oraz baterią jednouchwytową stojącą, wymiar (WxSxG szafki) 820x800x550 |  |  |
| 5. | szafki stojące na nóżkach z zatyczkami do regulacji poziomu |  |  |
| 6. | blat o grubości 600 mm |  |  |
| 7. | kolor szafek - biały, kolor blatu – jasny beż |  |  |
| 8. | uchwyty w szafkach metalowe |  |  |

......................, 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 5” (oznaczenie sprawy: PV.06.04.2025.DS5)** 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 5” (oznaczenie sprawy: PV.06.04.2025.DS5)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zaznaczyć „X”, jeśli dotyczy** | **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* |
|  | **Aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi elektroniczny i/lub manualny w różnych rozmiarach w tym z kompletem mankietów dla dzieci** | 3 | szt. |  |  |  |  |
|  | **Bilirubinometr** | 1 | szt. |  |  |  |  |
|  | **Elektroniczna tablica do badania ostrości wzroku** | 1 | szt. |  |  |  |  |
|  | **Waga medyczna dla niemowląt** | 1 | szt. |  |  |  |  |
|  | **Dermatoskop** | 2 | szt. |  |  |  |  |
|  | **Waga z analizatorem masy ciała** | 1 | szt. |  |  |  |  |
|  | **Wizualizator naczyniowy (skaner żył)** | 1 | szt. |  |  |  |  |
|  | **Meble medyczne – szafa medyczna dwuskrzydłowa** | 1 | szt. |  |  |  |  |
|  | **Meble medyczne – wózek laboratoryjny** | 1 | szt. |  |  |  |  |
|  | **Meble medyczne – zestaw mebli biurowych** | 1 | szt. |  |  |  |  |
|  | **Meble medyczne – zestaw mebli do gabinetu lekarskiego** | 1 | szt. |  |  |  |  |

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

Podpisano:

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

 *(czytelny podpis upełnomocnionego przedstawiciela*

  *lub imienna pieczątka + podpis)*