*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 3”** (oznaczenie sprawy: PV.04.04.2025.DS3):

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.  | **Tablice do badania ostrości wzroku plastikowe** - min. 12 m-cy |   |
| 2. | **Holter ekg** - min. 24 m-ce |  |
| 3. | **Holter ciśnieniowy** - min. 24 m-ce |  |
| 4. | **Fantom do nauki samobadania piersi -** min. 6 m-cy |  |
| 5. | **Wózek inwalidzki dla osoby dorosłej -** min. 12 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 3” (oznaczenie sprawy: PV.04.04.2025.DS3):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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** | **Tablice do badania ostrości wzroku plastikowe** |
| 1.  | producent, nazwa, typ |  |
| 2.  | optotyp: litery |  |  |
| 3.  | zmywalna tablica z tworzywa sztucznego |  |  |
| 4.  | wymiary: 27,5 x 47,5 cm (szer. x wys.) |  |  |
| 5. | zalecana odległość podczas badania: 6 metrów |  |  |
| 6. | do określenia ostrości wzroku u dorosłych i dzieci |  |  |
| 7. | waga: ok. 200 g |  |  |
| **II** | **Holter EKG** |
| 1. | producent, nazwa, typ |  |
| 2. | 7-odprowadzeniowy, ekranowane kable pacjenta |  |  |
| 3. | czas ciągłej rejestracji bez wymiany baterii – do 7 dni |  |  |
| 4. | rejestracja 3 kanałów EKG, wysoka częstotliwość próbkowania sygnału EKG |  |  |
| 5. | podgląd (w czasie rzeczywistym) na ekranie komputera rejestrowanego sygnału EKG pozwalający na kontrolę jakości sygnału i podłączenia elektrod (przewodowy interface podłączony do portu USB komputera) |  |  |
| 6. | przycisk znacznika zdarzeń pacjenta |  |  |
| 7. | zapis badania do wewnętrznej (stałej) pamięci rejestratora |  |  |
| 8. | możliwość zaprogramowania (sformatowania) rejestratora przed badaniem z podaniem m. in.: czasu i daty rozpoczęcia rejestracji, imienia, nazwiska, daty urodzenia, płci, nr ID pacjenta |  |  |
| 9. | diodowa sygnalizacja pracy |  |  |
| 10. | automatyczne wykrywanie impulsów stymulatora, automatyczna regulacja wzmocnienia |  |  |
| 11. | cyfrowa metoda zapisu sygnału |  |  |
| 12. | automatyczna kalibracja |  |  |
| 13. | szybka transmisja danych z/do PC przez kabel HDMI -USB |  |  |
| 14. | instrukcja obsługi rejestratora w języku polskim |  |  |
| 15. | waga rejestratora poniżej 100g, zasilanie: 1 bateria alkaliczna AAA lub akumulator AAA, wbudowane gniazda: HDMI, micro Jack. Próbkowanie sygnału EKG: 4096 próbek/s, zakres częstotliwości sygnału: 0,05Hz-60Hz |  |  |
| 16. | w komplecie w odprowadzeniowy kabel pacjenta, futerał is mycz, bateria alkaliczna AAA- 1 szt., 1 opakowanie elektrod samoprzylepnych – min. 30 szt., pasta ścierna do przygotowania skóry pacjenta |  |  |
| 17. | **Dodatkowe stanowisko do pracy zdalnej lub stacjonarnej z oferowanym holterem EKG - rozszerzenia systemu w przypadku pracy (opis/analiza) w kilku miejscach** |  |  |
| **III** | **Holter ciśnieniowy** |
| 1. | producent, nazwa, typ |  |
| 2. | pomiar metodą oscylometryczną ze stopniową deflacją |  |  |
| 3. | pomiar ciśnienia: skurczowego (SYS), rozkurczowego (DIA), HR centralnego (cSYS, cDIA, cAP, cAlx, cAlx@75), |  |  |
| 4. | zakres pomiaru ciśnienia: 25÷260mmHg (max. graniczne ciśnienie w układzie: 300mmHg) |  |  |
| 5. | dokładność pomiaru: +/-2% lub +/-3 ud./min. |  |  |
| 6. | ilość pomiarów: do 250 |  |  |
| 7. | zakres pomiaru tętna: 40÷200bpm |  |  |
| 8. | możliwość badania przez min 2 dni |  |  |
| 9. | komunikacja z komputerem za pomocą złącza micro USB |  |  |
| 10. | wyświetlacz LCD - podczas badania prezentacja ciśnienia skurczowego, rozkurczowego, pulsu i okresu badania |  |  |
| 11. | pomiar wg zaprogramowanego harmonogramu i ręczny na żądanie |  |  |
| 12. | oprogramowanie na PC- obsługa i instrukcja w języku polskim, możliwość eksportu plików.pdf, gdt, ascii  |  |  |
| 13. | programowanie rejestratora przed badaniem z poziomu komputera |  |  |
| 14. | okresy pomiarowe - dzień, noc, oraz specjalne (maks. 24) z programowalnymi odstępami pomiędzy pomiarami: 5, 10, 15, 20, 30, 45, 60, 90, 120 min. |  |  |
| 15. | w zestawie rejestrator z przewodem powietrznym, 2 wielorazowe mankiety Orbit (w rozmiarach 2 i 3) z możliwością prania pokrowca, zastosowanie elastycznej siatki skutecznie zapobiegającej zsuwaniu się mankietu, etui z paskiem, baterie alkaliczne AA (2 szt.), kabel micro USB-USB do komunikacji z komputerem, oprogramowanie na PC w języku polskim, instrukcja obsługi w języku polskim |  |  |
| 16. | możliwość zastosowania innych wielkości i rodzajów mankietów. |  |  |
| 17. | przycisk (możliwość aktywacji) ręcznej obsługi rejestratora: włączanie/wyłączanie urządzenia, rozpoczęcie/przerwanie pomiaru, zmiana okresu pomiarowego (dzień/noc), sygnalizacja zdarzenia (np. podania leku) lub rozpoczęcie sekwencji reakcji na dawkę leku |  |  |
| **IV** | **Fantom do nauki samobadania piersi** |
| 1. | producent, nazwa, typ |  |
| 2. | odpowiada naturalnej wielkości kobiecej piersi - miseczka C |  |  |
| 3. | rozmiar: 15,5cm x 11cm x 6cm (wys.) |  |  |
| 4. | książeczka instruktażowa z zakresu nauki samobadania piersi |  |  |
| 5. | wykonany z półpłynnego silikonu medycznego,  |  |  |
| 6. | zawiera 3 guzki różnej wielkości i postaci, imitujące nieprawidłowości, jakie mogą wystąpić wkobiecej piersi |  |  |
| **V** | **Wózek inwalidzki dla osoby dorosłej** |
| 1. | producent, nazwa, typ |  |
| 2. | maksymalny ciężar użytkownika 135 kg |  |  |
| 3. | rama aluminiowa malowana proszkowo, składana, z podwójnym krzyżakiem |  |  |
| 4. | dostępne szerokości siedziska 42 / 45 / 48 / 51 cm |  |  |
| 5. | szerokość zewnętrzna 62,5 / 65 / 67,5 / 70,5 cm |  |  |
| 6. | wysokość oparcia 45 cm |  |  |
| 7. | waga wózka od 13,5 kg |  |  |
| 8. | koła przednie 8″x1″ |  |  |
| 9. | koła tylne 24″ |  |  |
| 10. | hamulce dla użytkownika z regulacją docisku |  |  |
| 11. | hamulce dla asystenta |  |  |
| 12. | aluminiowe, lakierowane ciągi |  |  |
| 13. | łatwo zmywalna, odporna na zapalenie tapicerka |  |  |
| 14. | odchylane boczki z regulacją wysokości  |  |  |
| 15. | odchylane i demontowane podnóżki z regulacją wysokości |  |  |
| 16. | składane w połowie oparcie |  |  |
| 17. | 3 stopniowy regulowany zagłówek w kształcie księżyca z możliwością dopasowania do kształtu głowy |  |  |
| 18. | możliwość złożenia do transportu (składane oparcie, koła na szybkozłączach, zdejmowane podnóżki) |  |  |
| 19. | zestaw narzędzi i pompka (koła pneumatyczne), kieszeń na drobiazgi |  |  |

......................, 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 3” (oznaczenie sprawy: PV.04.04.2025.DS3)** 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 3” (oznaczenie sprawy: PV.04.04.2025.DS3)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Tablice do badania ostrości wzroku plastikowe  | 3 | szt. |  |  |  |  |
| 2. | Holter ekg  | 1 | szt. |  |  |  |  |
| 3. | Holter ciśnieniowy  | 1 | szt. |  |  |  |  |
| 4. | Fantom do nauki samobadania piersi  | 1 | szt. |  |  |  |  |
| 5. | Wózek inwalidzki dla osoby dorosłej  | 1 | szt. |  |  |  |  |
| **ŁĄCZNIE BRUTTO**  |  |

SŁOWNIE ŁĄCZNIE BRUTTO :

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

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

Podpisano:

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

 *(czytelny podpis upełnomocnionego przedstawiciela*

  *lub imienna pieczątka + podpis)*