*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 1”** (oznaczenie sprawy: PV.02.04.2025.DS1):

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.  | **Aparat EKG wraz z oprogramowaniem** - min. 36 m-cy |   |
| 2. | **Elektroniczna waga dla niemowląt – przenośna** - min. 36 m-cy |  |
| 3. | **Lampa UV bakterio- i wirusobójcza** - min. 24 m-ce |  |
| 4. | **Nebulizator** - min. 36 m-cy |  |
| 5. | **Oczyszczacz powietrza** - min. 36 m-cy |  |
| 6. | **Otoskop** - min. 24 m-ce |  |
| 7. | **Pulsoksymetr** - min. 36 m-cy |  |
| 8. | **Meble medyczne – fotel** - min. 12 m-cy |  |
| 9. | **Termometr elektroniczny** - min. 24 m-ce |  |
| 10. | **Stetoskop (zwykły, internistyczny, pediatryczny)** - 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 1” (oznaczenie sprawy: PV.02.04.2025.DS1):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 EKG wraz z oprogramowaniem** |
| 1.  | producent, nazwa, typ: |  |  |
| 2.  | rodzaj: przenośny |  |  |
| 3.  | możliwość pracy w trybie 12- lub 15-odprowadzeniowego EKG spoczynkowego |  |  |
| 4.  | opcje przewodów 10/13 żyłowych |  |  |
| 5. | komunikacja bezprzewodowa (bluetooth) lub za pomocą przewodu USB |  |  |
| 6. | oprogramowanie Windows/Android/IOS |  |  |
| 7. | osłona chroniąca przed wodą i pyłem (IP42 z silikonową powłoką), odporność na upadek z min. 1 m pod każdym kątem |  |  |
| 8. | min 10 h pracy ciągłej na baterii |  |  |
| 9. | jednoczesny podgląd na ekranie laptopa/tabletu na min. 12 lub 15 odprowadzeń oraz krzywej rytmu (do 30 minut) |  |  |
| 10. | wewnętrzna pamięć min 1000 zapisów EKG |  |  |
| 11. | możliwość stosowania zarówno u dorosłych, jak i u dzieci |  |  |
| 12. | cyfrowy system zapisu i rejestracji EKG dla zaawansowanych zastosowań |  |  |
| **II** | **Elektroniczna waga dla niemowląt – przenośna** |
| 1. | producent, nazwa, typ: |  |  |
| 2.  | rodzaj wagi: niemowlęca typu sling (wisząca z hakiem i chustą w komplecie) |  |  |
| 3.  | waga urządzenia: maksymalnie 0,5 kg |  |  |
| 4.  | maksymalne obciążenie: 10 kg |  |  |
| 5. | podziałka co 10 g |  |  |
| 6. | funkcja Hold (wstrzymanie pomiaru) |  |  |
| 7. | funkcja Tara |  |  |
| 8. | zasilanie: baterie |  |  |
| **III** | **Lampa UV bakterio- i wirusobójcza** |
| 1. | producent, nazwa, typ: |  |  |
| 2. | funkcja przepływowej dezynfekcji powietrza |  |  |
| 3. | funkcja dwukierunkowej bezpośredniej dezynfekcji powierzchni |  |  |
| 4. | moc nominalna 144W |  |  |
| 5. | licznik czasu pracy  |  |  |
| 6. | rodzaj światła: ultrafioletowe UV-C  |  |  |
| 7. | przepływ powietrza: 200 m3/h  |  |  |
| 8. | kolor: obudowa biały mat, front srebrny ocynkowany |  |  |
| 9. | filtr przeciwkurzowy, miejsce na filtr HEPA  |  |  |
| 10. | żywotność źródła światła: 9000h  |  |  |
| 11. | maksymalna kubatura dezynfekowanego pomieszczenia przy dezynfekcji przepływowej ok. 120 m3  |  |  |
| 12. | powierzchnia naświetlania przy dezynfekcji bezpośredniej z odległości 1m - 7 m2  |  |  |
| 13. | napięcie zasilające: 220-240V |  |  |
| 14. | stopień szczelności: IP20 |  |  |
| 15. | przewód zasilający: min. 3 m |  |  |
| 16. | włącznik on-off |  |  |
| **IV** | **Nebulizator** |
| 1. | producent, nazwa, typ: |  |  |
| 2. | możliwość stosowania zarówno u dorosłych, jak i u dzieci |  |  |
| 3. | powietrze zewnętrzne zasysane przez filtr porex |  |  |
| 4. | 4 tryby pracy nebulizatora: - cząsteczki większe niż 7 μm - cząsteczki większe niż 5 μm- cząsteczki między 3 a 4 μm - cząsteczki między 2 a 3 μm  |  |  |
| 5. | inhalator wraz z zestawem akcesoriów oraz nebulizatorem, inhalator zabezpieczony dodatkiem antybakteryjnym, komora do przechowywania akcesoriów w sprzęcie |  |  |
| 6. | kompresor przystosowany do ciągłej i długotrwałej pracy |  |  |
| **V** | **Oczyszczacz powietrza** |
| 1. | producent, nazwa, typ: |  |  |
| 2. | 4 rodzaje filtrów: wstępny z siatki aluminiowej, elektrostatyczny, ozonowy, grafenowy |  |  |
| 3. | system sterowania przepływem powietrza 30-60-90 stopni |  |  |
| 4. | wydajność CADR: 450 m3/h |  |  |
| 5. | obszar działania: min. 60 m2 |  |  |
| 6. | funkcja sterylizacji UVA i UVC z powłoką fotokatalityczną |  |  |
| 7. | plazmowy generator jonów |  |  |
| 8. | dotykowy wyświetlacz LCD |  |  |
| 9. | usuwa pyłki PM 1.0, PM 2.5, PM 10 |  |  |
| 10. | kontrola parametrów i sterowanie za pomocą smartfona |  |  |
| 11. | kolor: biały |  |  |
| **VI** | **Otoskop** |
| 1. | producent, nazwa, typ: |  |  |
| 2. | możliwość przeprowadzenia testu pneumatycznego |  |  |
| 3. | szklana optyka  |  |  |
| 4. | obrotowa lupka z 3-krotnym powiększeniem  |  |  |
| 5. | jasne świetlenie światłowodowe LED 2,5 V, natężenie oświetlenia do 100 000 Ix  |  |  |
| 6. | redukcja refleksów świetlnych, równomierne oświetlenie.  |  |  |
| 7. | w zestawie dodatkowe wzierniki uszne wielokrotnego użytku (1 x 2,0 mm; 3 x 2,5 mm; 1 x 3,0 mm, 3 x 4,0 mm; 1 x 5,0 mm |  |  |
| 8. | twarde etui |  |  |
| 9. | rękojeść typu C zasilana bateriami z elektronicznym potencjometrem do płynnej regulacji natężenia światła i funkcją automatycznego wyłączania po 180 sek., diody sygnalizujące włączenie/wyłączenie |  |  |
| **VII** | **Pulsoksymetr** |
| 1. | producent, nazwa, typ: |  |  |
| 2. | rodzaj: napalcowy |  |  |
| 3. | dostosowany dla pacjentów z niską perfuzją lub pacjentów o ciemnych odcieniach skóry |  |  |
| 4. | baterie wystarczają na 6000 pomiarów (alternatywnie 36 godzin pracy ciągłej |  |  |
| 5. | możliwość stosowania zarówno u dorosłych, jak i u dzieci |  |  |
| **VIII** | **Meble medyczne - fotel** |
| 1. | producent, nazwa, typ: |  |  |
| 2. | rodzaj: fotel medyczny |  |  |
| 3. | podstawa i kolumna: chromowana |  |  |
| 4. | kółka do powierzchni miękkich |  |  |
| 5. | podłokietnik regulowany z częścią chromowaną |  |  |
| 6. | siedzisko i oparcie - tkanina powlekana zmywalna, kolor do uzgodnienia |  |  |
| 7. | mechanizm blokowania w wielu pozycjach |  |  |
| 8. | wysokość całkowita: min. 1010 mm, max. 1150 mm |  |  |
| 9. | wysokość siedziska: min. 480 mm, max. 610 mm |  |  |
| 10. | oparcie: szerokość 480 mm, wysokość 565 mm |  |  |
| 11. | średnica podstawy 600 mm |  |  |
| 12. | szerokość siedziska 480 mm |  |  |
| 13. | zakres regulacji podłokietników 80 mm |  |  |
| **IX** | **Termometr elektroniczny** |
| 1. | producent, nazwa, typ: |  |  |
| 2. | rodzaj: bezdotykowy, na podczerwień |  |  |
| 3. | pomiar bezdotykowy z odległości ok. 5 cm od czoła osoby badanej |  |  |
| 4. | kolorowa interpretacja temperatury,  |  |  |
| 5. | pamięć 50 pomiarów,  |  |  |
| 6. | tryb cichy |  |  |
| 7. | alarm gorączki |  |  |
| 8. | automatyczne wyłączenie |  |  |
| 9. | wskaźnik zużycia baterii |  |  |
| **X** | **Stetoskop (zwykły, internistyczny, pediatryczny)** |
| 1. | producent, nazwa, typ: |  |  |
| 2. | rodzaj: classic/internistyczny |  |  |
| 3. | membrana dwutonowa |  |  |
| 4. | głowica dwustronna |  |  |
| 5. | możliwość usłyszenia wysokich i niskich częstotliwości |  |  |
| 6. | przewód jednokonałowy |  |  |
| 7. | dwustronna głowica z przełączeniem trybu pracy |  |  |
| 8. | pojedyncze światło przewodu |  |  |
| 9. | elastyczny przewód słuchowy wykonany z silikonu, oliwki silikonowe  |  |  |
| 10. | możliwość dostrojenia dźwięku |  |  |
| 11. | kolor do ustalenia |  |  |
| 12. | długość całkowita pomiędzy 80 cm a 85 cm |  |  |
| 13. | dodatkowe akcesoria: dwie pary oliwek w większym i mniejszym rozmiarze, pudełko na oliwki, zapasowa membrana, plakietka |  |  |

......................, 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 1” (oznaczenie sprawy: PV.02.04.2025.DS1)** 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 1” (oznaczenie sprawy: PV.02.04.2025.DS1)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | aparat EKG wraz z oprogramowaniem | 1 | szt. |  |  |  |  |
| 2. | elektroniczna waga dla niemowląt – przenośna | 1 | szt. |  |  |  |  |
| 3. | lampa UV bakterio- i wirusobójcza | 1 | szt. |  |  |  |  |
| 4. | nebulizator | 1 | szt. |  |  |  |  |
| 5. | oczyszczacz powietrza | 3 | szt. |  |  |  |  |
| 6. | otoskop | 3 | szt. |  |  |  |  |
| 7. | pulsoksymetr | 3 | szt. |  |  |  |  |
| 8. | meble medyczne - fotel | 2 | szt. |  |  |  |  |
| 9. | termometr elektroniczny | 4 | szt. |  |  |  |  |
| 10. | stetoskop (zwykły, internistyczny, pediatryczny) | 2 | szt. |  |  |  |  |
| **ŁĄCZNIE BRUTTO**  |  |

SŁOWNIE ŁĄCZNIE BRUTTO :

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

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

Podpisano:

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

 *(czytelny podpis upełnomocnionego przedstawiciela*

  *lub imienna pieczątka + podpis)*