**19/PN/2020**

**Załącznik nr 1 do SIWZ**

# Formularz ofertowo-cenowy

# do przetargu nieograniczonego o wartości zamówienia

# nie przekraczającej równowartości kwoty 214 000 euro

**na dostawę sprzętu i aparatury medycznej**

##### Dane dotyczące Wykonawcy

Nazwa.........................................................................................................

Siedziba......................................................................................................

Nr telefonu/faksu.........................................................................................

Nr NIP.........................................................................................................

Nr REGON..................................................................................................

Adres poczty elektronicznej………………………………………………

##### Dane dotyczące Zamawiającego

# Szpital Powiatowy w Nowym Mieście Lubawskim sp. z o.o.

# ul. Mickiewicza 10

# 13-300, Nowe Miasto Lubawskie

# tel 56 4742357, fax 56 4742358

NIP 8771418440, Regon 519638554

Adres poczty elektronicznej: [zampub@szpitalnml.pl](mailto:zampub@szpitalnml.pl)

##### Zobowiązania Wykonawcy

1. **Grupa 1**

**Zestaw endoskopowy rok prod. 2020**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS / PARAMETRY WYMAGANE** | **Wymogi graniczne**  **TAK/ NIE** | **Parametry oferowane/**  **podać zakresy** |
|  |  |  |  |
| **PROCESOR OBRAZU ZE ŹRÓDŁEM ŚWIATŁA – 1 szt.** | | | |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4 | Obrazowanie min.: HDTV1080p, SXGA, SDTV | Tak |  |
| 5 | Rozdzielczość 1920x1080p | Tak |  |
| 6 | Cyfrowe wyjścia HDTV 1080 min.: DVI-D | Tak |  |
| 7 | Wyjścia wideo standard min.:  S-Video, Composite, RGB | Tak |  |
| 8 | Wyjścia komunikacyjne:  Ethernet/ DICOM | Tak |  |
| 9 | Zintegrowanie źródło światła z procesorem obrazu w jednym urządzeniu | Tak |  |
| 10 | Możliwość podłączenia urządzeń magazynujących – USB Stick | Tak |  |
| 11 | Pamięć wewnętrzna procesora 4 GB | Tak |  |
| 12 | System wyboru przez procesor najostrzejszego zdjęcia w momencie uruchomiania zapisu obrazów | Tak |  |
| 13 | Trzy tryby przysłony min.:  auto, maksymalny, średni | Tak |  |
| 14 | Tryb wzmocnienia obrazu, uwydatniania krawędzi | Tak |  |
| 15 | Tryb wzmocnienia obrazu, uwydatniania struktury tkanek | Tak |  |
| 16 | Obrazowanie w wąskich pasmach światła optyczne i cyfrowe | Tak |  |
| 17 | Barwienie modyfikowanym światłem LED | Tak |  |
| 18 | Wybór barwienia w zmiennej wiązce światła LED | Tak |  |
| 19 | Procesor musi być wyposażony w wyjście komunikacyjne LAN | Tak |  |
| 20 | Ilość dowolnie programowalnych przycisków funkcyjnych na procesorze - min. 1 | Tak |  |
| 21 | Procesor umożliwia archiwizację obrazów medycznych w formatach JPEG, TIFF, DICOM | Tak |  |
| 22 | Możliwość powiększenia ruchomego obrazu endoskopowego podczas badania w trybie rzeczywistym zoom elektroniczny | Tak |  |
| 23 | Możliwość podłączenia aparatów jedno i dwu konektorowych | Tak |  |
| 24 | Możliwość podłączenia aparatów z zoom optyczny min. x 135 | Tak |  |
| 25 | Możliwość podłączenia aparatów złączem optycznym | Tak |  |
| 26 | Źródło światła typu LED | Tak |  |
| 27 | Wbudowane min. 3 diody LED | Tak |  |
| 28 | Żywotność wbudowanego oświetlenia głównego min. 10 000 godz. | Tak |  |
| 29 | Manualna regulacja jasności oświetlenia +/- 10 stopni | Tak |  |
| 30 | Wbudowana regulowana pompa powietrza maksymalne ciśnienie 65 kPa | Tak |  |
| 31 | Stopniowa regulacja intensywności insuflacji powietrza - 4 stopnie | Tak |  |
| 32 | Kompatybilny z video gastroskopami EG- 530, oraz z videokolonoskopami serii EC-530, które są na wyposażeniu pracowni endoskopowej | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **WÓZEK MEDYCZNY ENDOSKOPOWY – 1szt.** | | | | | |
| 33 | | Producent | Podać |  | |
| 34 | | Nazwa i typ | Podać |  | |
| 35 | | Kraj pochodzenia | Podać |  | |
| 36 | | Podstawa jezdna z blokadą kół | Tak |  | |
| 37 | | 4 samonastawne kółka o średnicy Ø100mm, w tym 2 z hamulcami | Tak |  | |
| 38 | | Uziemiona listwa z 3 wyjściami z wyłącznikiem, uwieszona na prawej kolumnie wózka | Tak |  | |
| 39 | | Możliwość ustawienia wszystkich elementów zestawu | Tak |  | |
| 40 | | Półki  - wyjeżdżająca na klawiaturę  - półka z rączką  - półka z nogą pod monitor VESA 75/100 do 14 kg  - stojak na endoskop ustawiany na obie strony wózka - wieszak na endoskopy | Tak |  | |
| 41 | | Możliwość regulacji wysokości półek | Tak |  | |
| **MONITOR MEDYCZNY - 1 szt.** | | | | | |
| 42 | | Matryca typu LED (LCD) | Tak, podać |  | |
| 43 | | Przekątna min. 27 cali | Tak |  | |
| 44 | | Rozdzielczość obrazu 1920 x 1080 pixeli | Tak |  | |
| 45 | | Proporcje 16:9 | Tak |  | |
| 46 | | Jasność min 800 cd/m2 | Tak, podać |  | |
| 47 | | Współczynnik kontrastu 1000:1 | Tak |  | |
| 48 | | Kąt widzenia obrazu prawo/lewo góra/dół min. 170o | Tak |  | |
| 49 | | Sygnał wejścia:  2xDVI  1xVGA  1xSDI(3G)  1xComposite | Tak |  | |
| 50 | | 1xDVI-D,  1xSDI(3G) | Tak |  | |
| 51 | | Czas reakcji max. 14 ms | Tak, podać |  | |
| **WIDEOGASTROSKOP HD – 1 szt.** | | | | |  |
| 52 | Producent | | Podać |  | |
| 53 | Nazwa i typ | | Podać |  | |
| 54 | Kraj pochodzenia | | Podać |  | |
| 55 | Kąt obserwacji 1400 | | Tak |  | |
| 56 | Głębia ostrości min 2-100 mm | | Tak |  | |
| 57 | Średnica zewnętrzna wziernika max. 9,3 mm | | Tak |  | |
| 58 | Średnica zewnętrzna końcówki endoskopu 9,2 mm | | Tak |  | |
| 59 | Średnica kanału roboczego 2,8 mm | | Tak |  | |
| 60 | Długość robocza min. 1100 mm | | Tak |  | |
| 61 | Kąt zagięcia końcówki endoskopu:  -w górę 2100  -w dół 900  -w lewo 1000  -w prawo 1000 | | Tak |  | |
| 62 | Cztery programowalne przyciski endoskopowe | | Tak |  | |
| 63 | Obsługa min. 3 trybów obrazowania w modyfikowanym świetle LED | | Tak |  | |
| 64 | Kamera endoskopu z matrycą w technologii CMOS | | Tak |  | |
| 65 | Aparat w pełni zanurzalny, nie wymagający nakładek uszczelniających | | Tak |  | |
| 66 | Pełna separacja galwaniczna w konektorze łączącym endoskop z procesorem | | Tak |  | |
| 67 | Typ konektora – jednogniazdowy | | Tak |  | |
| 68 | Aparat kompatybilny z oferowanym procesorem obrazu | | Tak |  | |

1. Zobowiązuję się dostarczyć zestaw endoskopowy z Grupy 1 o parametrach wskazanych w powyższej tabeli za łączną kwotę: cena brutto ...................................... zł (słownie: ……….................................................................. ..............................................................................................................................................................................), w tym:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Nazwa** | 1. **Cena netto** 2. **w zł** | 1. **Rabat** 2. **z tytułu zwrotu sprzętu %** | 1. **Cena netto** 2. **w zł** 3. **po rabacie** | 1. **Ilość** | 1. **Wartość netto w zł** | 1. **Stawka** 2. **VAT** 3. **%** | 1. **Wartość brutto** 2. **w zł** |
| 1. Procesor obrazu ze źródłem światła |  |  |  | 1. 1 |  |  |  |
| 1. Wózek medyczny endoskopowy |  |  |  | 1. 1 |  |  |  |
| 1. Monitor medyczny |  |  |  | 1. 1 |  |  |  |
| 1. Wideogastroskop HD |  |  |  | 1. 1 |  |  |  |
| 1. **RAZEM:** | | | |  |  |  |  |

**WARUNKI GWARANCJI:**

- minimalny okres gwarancji 24 miesiące

- raz na 12 miesięcy bezpłatny przegląd, drugi przegląd przed upływem okresu gwarancji

- w okresie bezpłatnej gwarancji 3 naprawy tego samego elementu nie wynikające z winy Zamawiającego, skutkują wymianą sprzętu na nowy.

**WARUNKI PŁATNOŚCI:**

- termin płatności 30 dni

- ponadto w ramach rozliczenia Zamawiający odda Wykonawcy:

* używany wideoduodenoskop (1 szt.),
* używany procesor obrazu (1 szt.),
* używany wózek endoskopowy (1 szt.)
* używany monitor (1 szt.).

**UWAGA!**

**CENA OFERTY W GRUPIE 1 ZAWIERA NALICZONY RABAT Z TYTUŁU ZWROTU WW. SPRZĘTU**

**POZOSTAŁE WYMAGANIA:**

- termin realizacji zamówienia: do 30 dni

- instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą

- paszport techniczny z dostawą

- karta gwarancyjna z dostawą.

**Grupa 2**

**Wózek do przewożenia chorych w pozycji leżącej oraz siedzącej rok prod. 2020**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS / PARAMETRY WYMAGANE** | **Wymogi graniczne**  **TAK/ NIE** | **Parametry oferowane/**  **podać zakresy** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wózek do przewożenia chorych w pozycji leżącej oraz siedzącej – 2 szt.** | | | |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4 | Wysokość regulowana nożnie za pomocą pompy hydraulicznej w zakresie: 470 - 800 mm (±30 mm), regulacja odbywa się za pomocą 2 pedałów umieszczonych z boku wózka | Tak, podać |  |
| 5 | Pozycja Trendelenburga uzyskiwana za pomocą sprężyny gazowej z blokadą: 00 - 120 (± 20) – regulacja płynna | Tak, podać |  |
| 6 | Pozycja anty-Trendelenburga uzyskiwana za pomocą sprężyny gazowej z blokadą w zakresie: 00 - 120 (± 20) – regulacja płynna | Tak, podać |  |
| 7 | Dźwignia regulacji przechyłów wzdłużnych dostępna od strony wezgłowia i nóg.  Nie dopuszcza się regulacji przechyłów wzdłużnych dostępnych z boku wózka oraz regulowanych nożnie. | Tak |  |
| 8 | Leże dwusegmentowe z czego jeden segment ruchomy, wypełniony płytą tworzywową HPL przezierną dla promieni RTG | Tak |  |
| 9 | Pod leżem prowadnica na kasetę RTG umożliwiająca jej przesunięcie w celu wykonania zdjęcia | Tak |  |
| 10 | Pod leżem listwa aluminiowe o długości min. 600 mm wyposażona w 2 przesuwne uchwyty do mocowania wyposażenia dodatkowego (po obu stronach wózka). | Tak, podać |  |
| 11 | Wózek dodatkowo wyposażony w nierdzewne szyny o długości min. 750 mm umieszczone pod dźwigniami przechyłów wzdłużnych na szczytach wózka w celu zamontowania dodatkowej aparatury medycznej. | Tak, podać |  |
| 12 | Szczyty wózka chromowane z tworzywowymi wstawkami. Szczyty z możliwością blokady podczas transportu. **Na szczycie wózka od strony nóg dodatkowe demontowalne chromowane uchwyty do przetaczania.** | Tak, podać |  |
| 13 | Wózek wyposażony w uchwyt do montażu prześcieradeł jednorazowego użytku | Tak |  |
| 14 | Ruchomy segment oparcia pleców regulowany za pomocą sprężyny gazowej z blokadą w zakresie: 0-70° (± 3°) - regulacja płynna | Tak, podać |  |
| 15 | Wózek wyposażony w 6 krążków odbojowych w tym min. 4 dwuosiowe | Tak |  |
| 16 | Barierki boczne o długości min. 1400 mm składające się z 3 poziomych poprzeczek o wysokości min. 350 mm powyżej leża.  Barierki boczne lakierowane z tworzywowymi elementami w tym dolna poprzeczka dodatkowo wyposażona w listę odbojową na całej długości. Spełniające wymagania normy PN EN 60601-2-52 | Tak, podać |  |
| 17 | Barierki boczne opuszczane za pomocą jednego przycisku charakterystycznie oznaczonego kolorem czerwonym. | Tak |  |
| 18 | Możliwość montażu wieszaka kroplówki w czterech narożnikach leża | Tak |  |
| 19 | Wyposażenie wózka:  - wieszak kroplówki wyposażony w 4 haczyki,  - materac składający się: pianka poliuretanowa pokryta obiciem tapicerskim, grubość materaca min. 8 cm.  - podpora stabilizująca leże w przypadku dokonywania reanimacji | Tak |  |
| 20 | Wózek posiadający możliwość zamocowania materaca na wózku w sposób uniemożliwiający samoczynne przesuwanie | Tak |  |
| 21 | Podstawa wózka osłonięta obudową wykonana  z tworzywa ABS z wyprofilowanym miejscem na min. 2-litrową butlę z gazem z zabezpieczającym paskiem z zapięciem na rzepy oraz wyprofilowanym miejscem na osobiste rzeczy pacjenta. Osłona podwozia łatwo demontowana bez użycia narzędzi w celu łatwej dezynfekcji.  Nie dopuszcza się osłony przymocowanej na stałe bądź demontowanej za pomocą narzędzi. | Tak, podać |  |
| 22 | Dźwignia blokady centralnej dostępna przy każdym kole. Koła o średnicy min.150mm | Tak |  |
| 23 | Bezpieczne obciążenie robocze wózka min. 200 kg | Tak, podać |  |
| 24 | Możliwość wyboru koloru obić tapicerowanych z min. 10 kolorów oraz ramy wózka w tym kolor szary. | Tak |  |
| 25 | - Deklaracja zgodności  - WPIS lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych,  - Certyfikat ISO 9001:2008 lub równoważny potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiami,  - Certyfikat ISO 13485:201, lub ISO 13485:2016 potwierdzający, że producent wdrożył i utrzymuje system zarządzania jakością dla wyrobów medycznych. | Tak |  |
| 26 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 27 | Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat | Tak, podać |  |
| 28 | Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat | Tak, podać |  |
| 29 | Czas reakcji serwisu max. 72 godz robocze | Tak |  |

1. Zobowiązuję się dostarczyć wózek do przewożenia chorych w pozycji leżącej oraz siedzącej z Grupy 2 o parametrach wskazanych w powyższej tabeli za łączną kwotę: cena brutto ...................................... zł (słownie: ..............................................................................................................................................................................), w tym:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Nazwa** | 1. **Cena netto** 2. **w zł** | 1. **Ilość** | 1. **Wartość netto w zł** | 1. **Stawka** 2. **VAT** 3. **%** | 1. **Wartość brutto** 2. **w zł** |
| 1. wózek do przewożenia chorych w pozycji leżącej oraz siedzącej |  | 1. 2 |  |  |  |
| 1. **RAZEM:** | | |  |  |  |

**WARUNKI GWARANCJI:**

- minimalny okres gwarancji 24 miesiące

- na pisemne wezwanie Zamawiającego raz na 12 miesięcy bezpłatny przegląd, drugi przegląd przed upływem okresu gwarancji

- w okresie bezpłatnej gwarancji 3 naprawy tego samego elementu nie wynikające z winy Zamawiającego, skutkują wymianą sprzętu na nowy.

**WARUNKI PŁATNOŚCI:**

- Zamawiający preferuje płatność w 4 ratach miesięcznych albo wydłużony 90 dniowy okres płatności.

**Oferowane przez Wykonawcę warunki płatności:**

płatność w 4 ratach miesięcznych równej wysokości\* / okres płatności 90 dniowy\*

**POZOSTAŁE WYMAGANIA:**

- termin realizacji zamówienia: do 30 dni

- instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą

- paszport techniczny z dostawą

- karta gwarancyjna z dostawą.

\*niepotrzebne skreślić

**Grupa 3**

**Stół zabiegowy / kozetka rok prod. 2020**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | | **OPIS / PARAMETRY WYMAGANE** | **Wymogi graniczne**  **TAK/ NIE** | **Parametry oferowane/**  **podać zakresy** |
|  | |  |  |  |
| **Stół zabiegowy / kozetka – 1 szt.** | | | | |
| 1 | Producent | | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | | Podać |  |
| 4 | - regulacja wysokości blatu regulowana pompą hydrauliczną sterowaną nożnie  - przechył dwusegmentowy blatu za pomocą nożnego mechanizmu lub ręcznego  - Regulacja przechyłu wzdłużnego Trendelenburga i anty-Trendelenburga wspomagane sprężynami gazowymi  - stół przeznaczony do zabiegów, może służyć jako kozetka  - tapicerka z pianki poliuretanowej z pokryciem wykonanym ze skaju, zmywalne, odporne na środki dezynfekcyjne  - koła jezdne z systemem centralnej blokady   1. - szerokość: ok. 65 cm szerokość, długość: ok. 200 cm 2. - kolor: odcienie brązu 3. - udźwig: 200 kg | | Tak |  |

1. Zobowiązuję się dostarczyć stół zabiegowy/kozetkę z Grupy 3 o parametrach wskazanych w powyższej tabeli za łączną kwotę: cena brutto ........................................................................ zł (słownie: ..............................................................................................................................................................................), w tym:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Nazwa** | 1. **Cena netto** 2. **w zł** | 1. **Ilość** | 1. **Wartość netto w zł** | 1. **Stawka** 2. **VAT** 3. **%** | 1. **Wartość brutto** 2. **w zł** |
| 1. stół zabiegowy /kozetka |  | 1. 1 |  |  |  |
| 1. **RAZEM:** | | |  |  |  |

**WARUNKI GWARANCJI:**

- minimalny okres gwarancji 24 miesiące

- na pisemne wezwanie Zamawiającego raz na 12 miesięcy bezpłatny przegląd, drugi przegląd przed upływem okresu gwarancji

- w okresie bezpłatnej gwarancji 3 naprawy tego samego elementu nie wynikające z winy Zamawiającego, skutkują wymianą sprzętu na nowy.

**WARUNKI PŁATNOŚCI:**

- Zamawiający preferuje płatność w 4 ratach miesięcznych albo wydłużony 90 dniowy okres płatności.

**Oferowane przez Wykonawcę warunki płatności:**

płatność w 4 ratach miesięcznych równej wysokości\* / okres płatności 90 dniowy\*

**POZOSTAŁE WYMAGANIA:**

- termin realizacji zamówienia: do 30 dni

- instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą

- paszport techniczny z dostawą

- karta gwarancyjna z dostawą.

\*niepotrzebne skreślić

Oświadczamy, że akceptujemy opracowany przez Zamawiającego projekt umowy, który stanowi Załącznik nr 5 do SIWZ.

Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od ostatecznego terminu składania ofert.

Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy informacje konieczne do przygotowania oferty.

Oświadczamy, że:

- zaoferowany przedmiot zamówienia spełnia wymogi zamawiającego

- zawarte w specyfikacji istotnych warunków zamówienia warunki umowy zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wybrania naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego

- wszelką korespondencję w sprawie niniejszego postępowania prosimy kierować na adres **(wypełnić, jeśli adres do korespondencji jest inny, niż podany w nagłówku):**

………………………………………………………………………………………………………………

Informujemy, że :

dokumenty, oświadczenia *(wymienić jakie)*: ………………………………………………

dostępne są na stronie *(podać adres strony internetowej ) : ……………………………………….*

dokumenty, oświadczenia *(wymienić jakie)*: ………………………………………………

dostępne są w dokumentacji przechowywanej przez Zamawiającego w postępowaniu nr *(podać numer postępowania): ……………………………………….*

***Uwaga: poniższy punkt wypełniają tylko wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia***

Oświadczamy, jako wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie niniejszego zamówienia, że ustanowiliśmy niżej wymienionego pełnomocnika do reprezentowania nas w postępowaniu o udzielenie zamówienia\* albo reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy w sprawie niniejszego zamówienia publicznego\*:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

*(imię i nazwisko lub nazwa – firma, adres, telefon, faks, e-mail – jeśli inne niż w nagłówku)*

***UWAGA – DANE TE POSŁUŻĄ DO KOMUNIKACJI Z PEŁNOMOCNIKIEM WYKONAWCY W TOKU POSTĘPOWANIA)***

Przedmiotowe pełnomocnictwo stanowi załącznik nr ……. do oferty.

***Uwaga: poniższy punkt należy wypełnić tylko w przypadku powierzenia podwykonawcom wykonania części zamówienia***

Oświadczamy, że powierzymy podwykonawcom wykonanie następujących części zamówienia\*:

Firma podwykonawcy …………………………………………………………………………

………………………………………………………..…………………………………………

w zakresie: ………………………………………………………………………….………….. ……………………….…………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………

***Uwaga: poniższy punkt należy wypełnić tylko w przypadku powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego.***

Informacja wykonawcy wymagana art. 91 ust. 3 lit. a ustawy – Prawo zamówień publicznych:

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że wypełniłem 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 – RODO (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

Ocena wielkości przedsiębiorstwa w kategoriach: mikro, małe, średnie (Informacje wymagane wyłącznie do celów statystycznych)\*\*

* oświadczam że jestem: ……………………………………………. przedsiębiorcą.

**Zastrzeżenie Wykonawcy**

Niżej wymienione dokumenty składające się na ofertę nie mogą być ogólnie udostępnione:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Załącznikami do niniejszej oferty są:**

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

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

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

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

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

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

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Miejscowość, data (imię i nazwisko)

podpis uprawnionego przedstawiciela wykonawcy

\* niepotrzebne skreślić

\*\*definicje przedsiębiorstw:

średnie przedsiębiorstwo – średnie przedsiębiorstwo to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 250 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 milionów euro;

1. małe przedsiębiorstwo – małe przedsiębiorstwo to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 10 milionów euro lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 milionów euro;
2. mikroprzedsiębiorstwo - mikroprzedsiębiorstwo to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 2 milionów euro lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 milionów euro.