K-dzpz/20-ZO/2023 **Załącznik nr 1**

**Zamawiający**

**Akademia Tarnowska**

**ul. Mickiewicza 8**

**33-100 Tarnów**

**Nazwa (Firma) Wykonawcy:**

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

Adres:……………………………………………………………………………… Województwo:..…………………………..

Tel:………….………………E-mail:……………………………………………………………………………………………………

NIP:………..…..…….…. REGON:……………..…………KRS:…………..……………CEiDG:………………………………

*(w zależności od podmiotu)*

**FORMULARZ OFERTY**

Na podstawie zapytania ofertowego na **„Dostawę drobnego i specjalistycznego sprzętu medycznego oraz środków medycznych dla Akademii Tarnowskiej”** oferujemy realizację przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami zapytania ofertowego na następujących warunkach:

**Część 1 – Środki do dezynfekcji** (skreślić lub usunąć tę część, jeżeli nie dotyczy)

wartość netto ....................................... zł

podatek VAT ........%, tj. ............................... zł

**cena brutto ....................................... zł**

Termin realizacji części 1: …… dni. **(proszę uzupełnić termin realizacji – WAŻNE: Rozdział IV zapytania ofertowego)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **j.m** | **Wartość jedn. netto [zł]** | **Wartość netto [zł]**  (C x E) | **Stawka VAT [%]** | **Wartość VAT [zł]**  [F x G] | **Cena brutto [zł]**  [F + H] | **Producent, model,**  **nr katalogowy**  (o ile posiada) | **Termin ważności od daty dostawy:** |
| A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K |
| 1 | Płyn do dezynfekcji rąk dla alergików a 500 ml (posiadający substancje nawilżające i pielęgnujące, łagodny dla skóry rąk) | 4 | szt. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 2 | Płyn do przemywania a 350 ml (zastosowanie w irygacji ran, zawierający w składzie chlorowodorek octenidyny) | 6 | szt. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 3 | Płyn do dezynfekcji skóry z atomizerem 350ml | 5 | szt. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 4 | Płyn do higienicznej i chirurgicznej dezynfekcji rąk 500 ml | 9 | szt. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 5 | Preparat do szybkiej dezynfekcji powierzchni ze spryskiwaczem 1l (bakteriobójczy, wirusobójczy, grzybobójczy) | 7 | szt. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 6 | Mydło w płynie do higienicznego i chirurgicznego mycia rąk 500ml | 9 | szt. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 7 | Preparat dezynfekcyjny do skóry z atomizerem a 250 ml | 4 | szt. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 8 | Chusteczki do dezynfekcji powierzchni i sprzętu medycznego (100 szt. w opakowaniu) | 1 | op. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 9 | Alkoholowy płyn do dezynfekcji rąk w woreczku poj. 700ml, wkład kompatybilny z dozownikiem Medilab Dozownik Ścienny Sterisol z ramieniem plastikowym o poj. 700ml | 1 | szt. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 10 | Alkoholowy płyn do dezynfekcji rąk, butelka bez pompki 1000ml | 1 | szt. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 11 | Emulsja do chirurgicznego i higienicznego mycia rąk w woreczku poj. 700ml wkład kompatybilny z dozownikiem Medilab Dozownik Ścienny Sterisol z ramieniem plastikowym o poj. 700ml | 1 | szt. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 12 | Rivanol 0,1% płyn 100ml | 1 | szt. |  |  |  |  |  |  | 2 miesiące |
| 13 | Jodyna 3% alkoholowy roztwór jodu 100ml | 1 | szt. |  |  |  |  |  |  | 2 miesiące |
| 14 | 1% wodny roztwór fioletu gencjanowego - 20g | 1 | szt. |  |  |  |  |  |  | 2 miesiące |
|  | RAZEM | | | |  |  |  |  |  |  |

**Część 2 – Infuzje** (skreślić lub usunąć tę część, jeżeli nie dotyczy)

wartość netto ....................................... zł

podatek VAT ........%, tj. ............................... zł

**cena brutto ....................................... zł**

Termin realizacji części 2: …… dni. **(proszę uzupełnić termin realizacji – WAŻNE: Rozdział IV zapytania ofertowego)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **j.m** | **Wartość jedn. netto [zł]** | **Wartość netto [zł]**  (C x E) | **Stawka VAT [%]** | **Wartość VAT [zł]**  [F x G] | **Cena brutto [zł]**  [F + H] | **Producent, model,**  **nr katalogowy**  (o ile posiada) | **Termin ważności od daty dostawy:** |
| A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K |
| 1 | Woda destylowana  500ml z korkiem gumowym | 10 | szt. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 2 | NaCl 0,9% amp. 10 ml opakowanie po 20 szt. | 13 | op. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 3 | NaCl 0,9% 100 ml | 70 | szt. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 4 | NaCl 0,9% 500 ml butelka z zakrętką | 10 | szt. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 5 | NaCl 0,9% 250 ml | 20 | szt. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 6 | Sól fizjologiczna 100 ampułek po 5ml w opakowaniu | 1 | op. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
|  | RAZEM | | | |  |  |  |  |  |  |

**Część 3 – Defibrylator** (skreślić lub usunąć tę część, jeżeli nie dotyczy)

cena netto ....................................... zł

podatek VAT ........%, tj. ............................... zł

**cena brutto ....................................... zł**

Termin realizacji części 3: …… dni. **(proszę uzupełnić termin realizacji – WAŻNE: Rozdział IV zapytania ofertowego)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **j.m** | **Wartość jedn. netto [zł]** | **Wartość netto [zł]**  (C x E) | **Stawka VAT [%]** | **Wartość VAT [zł]**  [F x G] | **Cena brutto [zł]**  [F + H] | **Producent, model,**  **nr katalogowy**  (o ile posiada) | **Okres gwarancji:** |
| A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K |
| 1 | Defibrylator z kardiowersją i stymulacją przezskórną | 1 | szt. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
|  | RAZEM | | | |  |  |  |  |  |  |

**Część 4 – USG** (skreślić lub usunąć tę część, jeżeli nie dotyczy)

wartość netto ....................................... zł

podatek VAT ........%, tj. ............................... zł

**cena brutto ....................................... zł**

Termin realizacji części 4: …… dni. **(proszę uzupełnić termin realizacji – WAŻNE: Rozdział IV zapytania ofertowego)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **j.m** | **Wartość jedn. netto [zł]** | **Wartość netto [zł]**  (C x E) | **Stawka VAT [%]** | **Wartość VAT [zł]**  [F x G] | **Cena brutto [zł]**  [F + H] | **Producent, model,**  **nr katalogowy**  (o ile posiada) | **Okres gwarancji:** |
| A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K |
| 1 | USG przenośne z głowicą liniową (do wykorzystania przy trudnej kaniulacji) | 1 | szt. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
|  | RAZEM | | | |  |  |  |  |  |  |

**Część 5 – Sprzęt do pracowni umiejętności położniczych** (skreślić lub usunąć tę część, jeżeli nie dotyczy)

wartość netto ....................................... zł

podatek VAT ........%, tj. ............................... zł

**cena brutto ....................................... zł**

Termin realizacji części 5: …… dni. **(proszę uzupełnić termin realizacji – WAŻNE: Rozdział IV zapytania ofertowego)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **j.m** | **Wartość jedn. netto [zł]** | **Wartość netto [zł]**  (C x E) | **Stawka VAT [%]** | **Wartość VAT [zł]**  [F x G] | **Cena brutto [zł]**  [F + H] | **Producent, model,**  **nr katalogowy**  (o ile posiada) | **Okres gwarancji:** |
| A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K |
| 1 | Detektor Tętna Płodu | 1 | szt. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 2 | Pulsoksymetr | 1 | szt. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 3 | TENS - porodowy | 1 | szt. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
|  | RAZEM | | | |  |  |  |  |  |  |

**Część 6 – Aparat KTG** (skreślić lub usunąć tę część, jeżeli nie dotyczy)

wartość netto ....................................... zł

podatek VAT ........%, tj. ............................... zł

**cena brutto ....................................... zł**

Termin realizacji części 6: …… dni. **(proszę uzupełnić termin realizacji – WAŻNE: Rozdział IV zapytania ofertowego)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **j.m** | **Wartość jedn. netto [zł]** | **Wartość netto [zł]**  (C x E) | **Stawka VAT [%]** | **Wartość VAT [zł]**  [F x G] | **Cena brutto [zł]**  [F + H] | **Producent, model,**  **nr katalogowy**  (o ile posiada) | **Okres gwarancji:** |
| A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K |
| 1 | Aparat KTG | 1 | szt. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
|  | RAZEM | | | |  |  |  |  |  |  |

**Część 7 – Pompa strzykawkowa** (skreślić lub usunąć tę część, jeżeli nie dotyczy)

wartość netto ....................................... zł

podatek VAT ........%, tj. ............................... zł

**cena brutto ....................................... zł**

Termin realizacji części 7: …… dni. **(proszę uzupełnić termin realizacji – WAŻNE: Rozdział IV zapytania ofertowego)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **j.m** | **Wartość jedn. netto [zł]** | **Wartość netto [zł]**  (C x E) | **Stawka VAT [%]** | **Wartość VAT [zł]**  [F x G] | **Cena brutto [zł]**  [F + H] | **Producent, model,**  **nr katalogowy**  (o ile posiada) | **Okres gwarancji:** |
| A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K |
| 1 | Pompa strzykawkowa | 1 | szt. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
|  | RAZEM | | | |  |  |  |  |  |  |

**Część 8 – Wyposażenie apteczek** (skreślić lub usunąć tę część, jeżeli nie dotyczy)

wartość netto ....................................... zł

podatek VAT ........%, tj. ............................... zł

**cena brutto ....................................... zł**

Termin realizacji części 8: …… dni. **(proszę uzupełnić termin realizacji – WAŻNE: Rozdział IV zapytania ofertowego)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **j.m** | **Wartość jedn. netto [zł]** | **Wartość netto [zł]**  (C x E) | **Stawka VAT [%]** | **Wartość VAT [zł]**  [F x G] | **Cena brutto [zł]**  [F + H] | **Producent, model,**  **nr katalogowy**  (o ile posiada) | **Termin ważności od daty dostawy:** |
| A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K |
| 1 | Gaza opatrunkowa jałowa, 1 m2 | 1 | szt. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 2 | Gaza opatrunkowa jałowa, 1/2 m2 | 2 | szt. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 3 | Kompresy gazowe jałowe, 10 x 10 cm, 3 sztuki w opakowaniu | 5 | op. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 4 | Kompresy gazowe jałowe, 7,5 x 7,5 cm, 3 sztuki w opakowaniu | 5 | op. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 5 | Kompresy gazowe jałowe, 5 x 5 cm, 3 sztuki w opakowaniu | 10 | op. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 6 | Opaska elastyczna, 12 cm x 4 m | 2 | szt. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 7 | Opaska elastyczna, 10 cm x 4 m | 2 | szt. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 8 | Opaska elastyczna, 8 cm x 4 m | 2 | szt. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 9 | Opaska dziana podtrzymująca, 15 cm x 4 m | 5 | szt. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 10 | Opaska dziana podtrzymująca, 10 cm x 4 m | 5 | szt. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 11 | Opaska dziana podtrzymująca, 5 cm x 4 m | 5 | szt. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 12 | Elastyczna siatka opatrunkowa nr 1 | 1 | szt. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 13 | Elastyczna siatka opatrunkowa nr 2 | 1 | szt. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 14 | Elastyczna siatka opatrunkowa nr 3 | 1 | szt. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 15 | Elastyczna siatka opatrunkowa nr 6 - 3 sztuki w opakowaniu | 3 | op. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 16 | Przylepiec bez opatrunku w rozmiarze 5 cm x 5 m (tkanina) | 1 | szt. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 17 | Plaster tkaninowy z opatrunkiem w rozmiarze 6 cm x 1 m | 1 | szt. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 18 | Pianka na oparzenia PANTHENOL, 150 ml | 3 | szt. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 19 | Opatrunek hydrożelowy 10 x 10 cm | 2 | szt. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 20 | Środek dezynfekujący do skóry, ran i błon śluzowych NEOCIDE, 50 ml | 1 | szt. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 21 | Środek do dezynfekcji skóry i rąk Bioseptol 80, 100 ml | 2 | szt. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 22 | Maska tlenowa dla osoby dorosłej | 2 | szt. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 23 | Plastry - zestaw wodoodporny | 3 | op. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 24 | Lepiec (tkanina) 2,5 cm x 5 m (bez opatrunku) | 4 | szt. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 25 | Opatrunek indywidualny wodoodporny, hermetycznie pakowany (typ W) | 2 | szt. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 26 | Koc termiczny | 3 | szt. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 27 | Zestaw plastrów uniwersalnych, w opakowaniu nie mniej niż 30 sztuk, różne rozmiary | 5 | op. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 28 | Wyposażenie apteczki DIN 13157 Plus | 3 | komplet |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
| 29 | Apteczka przenośna wraz z wyposażeniem DIN 13157 Plus\* | 1 | szt. |  |  |  |  |  |  | 24 miesiące |
|  | RAZEM | | | |  |  |  |  |  |  |

\* okres gwarancji dla pozycji nr 29 wynosi 24 miesiące

1. W celu potwierdzenia spełnienia przez oferowany przedmiot dostawy wymagań zapytania ofertowego Wykonawca załącza do oferty:

a) ……………………………………………………………

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z wymaganiami zapytania ofertowego i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy konieczne informacje potrzebne do prawidłowego przygotowania oferty.
2. Oświadczamy, że cena uwzględnia wszystkie wymagania Zamawiającego określone w zapytaniu ofertowym oraz obejmuje wszelkie koszty, jakie poniesie Wykonawca z tytułu należytej realizacji zamówienia.
3. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (tj. Dz. U. z dnia 15 kwietnia 2022 r. poz. 835).
4. Oświadczamy, że jesteśmy związani ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. 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 (,,RODO[[1]](#footnote-1)”) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu\*\*.
6. Załączniki do oferty:

- …………………………………..

- …………..………………………

................................, dnia...................... ………………………………………………………….

(podpis/y osób/osoby upoważnionych   
do reprezentowania Wykonawcy)

\* niepotrzebne skreślić

\*\* 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 (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

*Formularz oferty musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.*

1. rozporządzenie 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). [↑](#footnote-ref-1)