**Załącznik nr 1**

**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie – Koźlu**

**ul. 24 Kwietnia 5, 47-200 Kędzierzyn-Koźle**

|  |
| --- |
| **FORMULARZ OFERTOWO-CENOWYna: „Dostawę sterylnych zestawów okulistycznych do podania iniekcji doszklistkowych dla SP ZOZ w Kędzierzynie-Koźlu”sygn. 765 / AZ / 2021**  |

**A. DANE WYKONAWCY**

Nazwa: ................................................................................................, Adres: …………...............................................................................................................................

KRS: ………………………………….. Numer NIP .................................................... Regon ............................................................

Adres e-mail: ...................................................... Osoba do kontaktów: ....................................................................................... tel. ........................................................

B. OFEROWANA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia na warunkach wymaganych przez Zamawiającego określonych w postanowieniach ogłoszenia o zamówieniu w trybie do 130 000,00 zł netto cenę:

**A) ZADANIE NR 1: dostawa sterylnych zestawów okulistycznych do zabiegów AMD:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa i skład produktu** | **Nazwa / Kod lub numer katalogowy / Producent\*** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Stawka podatku VAT** | **Wartość brutto** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6=4x5** | **7** | **8=6+VAT** |
| 1 | **Sterylny zestaw do podania iniekcji doszklistkowej:**Minimalny skład:a) 1 szt. serweta na stolik 70-80x70-80cm (zawinięcie zestawu),b) 1 szt. miseczka plastikowa,c) 1 szt. kocher plastikowy,d) 2 szt. patyczki z wacikiem,e) 7 szt. kompresów z włókniny 7,5x7,5cm,f) 1 szt. miarka 3,5mm / 4mm,g) 1 szt. rozwórka,h) 1 szt. strzykawka Insumed 29G x ½” 0,33 x 12,7 mm, zintegrowana z igłą,i)\*\* 1 szt. serweta operacyjna 100-110x100-110cm ze zintegrowaną folią chirurgiczną o działaniu bakteriobójczym posiadającą w warstwie lepnej aktywne jony srebra,j) 1para rękawic sterylnych lateksowych bezpudrowych z wewnętrzną warstwą polimerową, rozm. 6,5 – 7 *(do wyboru Zamawiającego)*  |  | 2.200 zest. |  |  |  |  |
|  | Parametr punktowany\*\*:ad i):) serweta operacyjna ze zintegrowaną folią chirurgiczną **o działaniu bakteriobójczym posiadającą w warstwie lepnej aktywne jony srebra: □** TAK – 20 pkt **□** NIE - 0 pkt  *(zaznaczyć właściwe)* |
| 2 | Strzykawka Insumed 29G x ½” 0,33 x 12,7mm, zintegrowana z igłą |  | 410 szt.  |  |  |  |  |
| **RAZEM poz. 1 – 2:** |  | **x** |  |

*\*Oferta zostanie odrzucona w przypadku:
- nie wypełnienia kolumny,
- nie wpisania informacji dot.: nazwy lub kodu / numeru katalogowego lub nazwy producenta.*

*W przypadku nie stosowania: nazwy, kodu / numeru katalogowego należy to zaznaczyć odpowiednim zapisem w powyższej tabeli lub pod nią np.: "Nie stosuje się" lub innym.*

**\*\*Ad. pkt 1i: w przypadku zaoferowania serwety ze zintegrowaną folią chirurgiczną o działaniu bakteriobójczym posiadającą w warstwie lepnej aktywne jony srebra Zamawiający wymaga dołączenia do oferty karty technicznej potwierdzającej, że folia chirurgiczna posiada w warstwie lepnej aktywne jony srebra.**

**B) ZADANIE NR 2: dostawa sterylnych zestawów okulistycznych do zabiegów DME:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa i skład produktu** | **Nazwa / Kod lub numer katalogowy / Producent\*** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Stawka podatku VAT** | **Wartość brutto** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6=4x5** | **7** | **8=6+VAT** |
| 1 | **Sterylny zestaw do podania iniekcji doszklistkowej:**Minimalny skład:a) 1 szt. serweta na stolik 70-80x70-80cm (zawinięcie),b) 1 szt. miseczka plastikowa,c) 1 szt. kocher plastikowy,d) 2 szt. patyczki z wacikiem,e) 7 szt. kompresów z włókniny 7,5x7,5cm,f) 1 szt. miarka 3,5mm/4mm,g) 1 szt. rozwórka,h) 1 szt. strzykawka Insumed 29G x ½” 0,33 x 12,7 mm, zintegrowana z igłąi)\*\* 1 szt. serweta operacyjna 100-110x100-110cm ze zintegrowaną folią chirurgiczną o działaniu bakteriobójczym posiadającą w warstwie lepnej aktywne jony srebra,j) 1para rękawic sterylnych lateksowych bezpudrowych z wewnętrzną warstwą polimerową, rozm. 6,5 i 7 *(do wyboru przez Zamawiającego),*k) kieszeń foliowa przyklejana 1-komorowa, rozm. 38-40 x 38-40  |  | 1.050 / zest. |  |  |  |  |
|  | Parametr punktowany\*\*:ad i):) serweta operacyjna ze zintegrowaną folią chirurgiczną **o działaniu bakteriobójczym posiadającą w warstwie lepnej aktywne jony srebra: □** TAK – 20 pkt **□** NIE - 0 pkt  *(zaznaczyć właściwe)* |
| 2 | Strzykawka Insumed 29G x ½” 0,33 x 12,7mm, zintegrowana z igłą |  | 500 szt.  |  |  |  |  |
| **RAZEM poz. 1 – 2:** |  | **x** |  |

*\*Oferta zostanie odrzucona w przypadku:
- nie wypełnienia kolumny,
- nie wpisania informacji dot.: nazwy lub kodu / numeru katalogowego lub nazwy producenta.*

*W przypadku nie stosowania: nazwy, kodu / numeru katalogowego należy to zaznaczyć odpowiednim zapisem w powyższej tabeli lub pod nią np.: "Nie stosuje się" lub innym.*

**\*\*Ad. pkt 1i: w przypadku zaoferowania serwety ze zintegrowaną folią chirurgiczną o działaniu bakteriobójczym posiadającą w warstwie lepnej aktywne jony srebra Zamawiający wymaga dołączenia do oferty karty technicznej potwierdzającej, że folia chirurgiczna posiada w warstwie lepnej aktywne jony srebra.**

**C. Wymogi dot. przedmiotu zamówienia:**

1. Wykonawca zobowiązany jest do dostawy przedmiotu zamówienia w odpowiednich opakowaniach posiadających informację w języku polskim, wraz ze wskazaniem producenta co do właściwości przedmiotu zamówienia, zasad bezpieczeństwa użytkowania i terminów ważności, posiadające oznaczenie CE (o ile jest wymagane) i oznaczenia dotyczące sterylności bądź jałowości (jeżeli wymagają tego przepisy prawa).

1. 2. Wymagany termin wykonania zamówienia: dostawy sukcesywne wg potrzeb Zamawiającego przez okres 23 miesięcy (zadanie nr 1) i 12 miesięcy (zadanie nr 2)do Apteki Zamawiającego.

3. Termin dostawy przedmiotu zamówienia od daty złożenia zamówienia przez Zamawiającego – 3 dni robocze. Jeżeli dostawa będzie wypadała w dniu wolnym od pracy lub poza godzinami pracy Zamawiającego, jej realizacja nastąpi w pierwszym dniu roboczym po wyznaczonym terminie. Za dni robocze przyjmuje się dni od poniedziałku do piątku z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy.

4. Bez względu na to, w jaki sposób realizowane są dostawy towaru (transportem własnym czy za pośrednictwem firmy kurierskiej) Wykonawca odpowiada za dostawę towaru na własny koszt - wraz z wniesieniem. W przypadku realizacji dostaw za pośrednictwem firmy kurierskiej Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia transportu towaru oraz jego przeniesienia ze środka transportu w ramach podpisanej umowy z firmą kurierską.

5. Wykonawca udziela na asortyment objęty przedmiotem niniejszej umowy rękojmi i gwarancji nie krótszej niż gwarancja producenta / okres ważności producenta, jednak nie mniej niż 12 miesięcy.
6. Zamawiający zobowiązuje się do zapłaty faktury w terminie 30 dni od daty dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury, przelewem bankowym na konto Wykonawcy wskazane na fakturze. Podstawą do zapłaty za dostarczony towar będzie papierowa lub ustrukturyzowana elektroniczna wersja faktury VAT.

7. Wykonawca może złożyć:

a) fakturę w formie papierowej w sekretariacie Zamawiającego lub załączyć ją do dostawy towaru,

b) ustrukturyzowaną fakturę elektroniczną zgodną z przepisami ustawy z 09.11.2018r. o elektronicznym fakturowaniu w zamówieniach publicznych, koncesjach na roboty budowlane lub usługi oraz partnerstwie publiczno-prywatnym (Dz. U. 2018r. poz. 2191), na Platformie Elektronicznego Fakturowania (PEF) dostępnej pod adresem <http://brokerpefexpert.efaktura.gov.pl/>. Adres PEF Zamawiającego: NIP 7491790304;

c) fakturę drogą elektroniczną na adres efaktura@e-szpital.eu.

**D. Oświadczenie dotyczące postanowień niniejszego ogłoszenia:**

1. Składam/-y ofertę na wykonanie zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia zawartym w ogłoszeniu o zamówieniu i istotnych postanowieniach umowy.
2. Oświadczam, że akceptuję termin płatności od daty dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury: 30 dni.
3. Oświadczam/-y, że uważam/-y się za związanego/-ych z ofertą przez okres **30 dni** od upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam/-y, że załączone do niniejszego ogłoszenia wymagania stawiane wykonawcy oraz istotne postanowienia umowy zostały przez/-e nas/-mnie zaakceptowane bez zastrzeżeń.
5. Oświadczam/-y, że powyżej podana cena zawiera wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru mojej/-naszej oferty.

.............................. dnia …………......... ………………………………………………………………………

 podpis osoby/osób wskazanych do reprezentowania Wykonawcy

 i składania oświadczeń woli w jego imieniu