Numer sprawy: **2019.07.ZP**

Załącznik nr 1 do SIWZ

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

/pieczęć Wykonawcy/

# **OFERTA**

**Nazwa firmy ..................................................................................................................................................**

**Z siedzibą w ...................................................................................................................................................**

**Wpisana do rejestru w ................................................pod numerem.........................................................**

**Posiadająca REGON ................................................NIP...........................................................................**

**na: Dostawę symulatorów wysokiej wierności medycznej oraz wyposażenia technicznego Ośrodka Symulacji Medycznej w projekcie pn. "Zintegrowane transgraniczne ratownictwo medyczne w Pomeranii/Brandenburgii" współfinansowanym z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Współpracy Interreg V A Meklemburgia-Pomorze Przednie/Brandenburgia/Polska.**

którą wykonamy za:

**CZĘŚĆ I**

Zaawansowane symulatory pacjenta wysokiej wierności wraz z wyposażeniem technicznym.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wartość NETTO** | **VAT**  **(%)** | **Wartość BRUTTO** |
|  |  |  |

Słownie: cena netto: ….…………................................................................................................. …………………………………………………………………..…………………...……………….PLN.

Podatek VAT (cyfrowo): ……..……PLN (i słownie): ……………………………………....................

…………………………………………………………………………………………….………….PLN.

Wartość brutto: ............……………………………………………………………………..……….........

………………………..………………………………………………………………………...…….PLN.

W tym:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa zadania** | **Cena jednostkowa netto** | **Ilość** | **Wartość netto** | **VAT**  **(%)** | **Wartość brutto** |
| 1. | Ratunkowy symulator pacjenta |  | 1 |  |  |  |
| 2. | Symulator porodowy z noworodkiem |  | 1 |  |  |  |
| 3. | Symulator niemowlęcia |  | 1 |  |  |  |
| 4. | Pediatryczny symulator ratunkowy |  | 1 |  |  |  |
| 5. | Mobilny symulator urazowy |  | 1 |  |  |  |
| 6. | Defibrylator kliniczny |  | 1 |  |  |  |
| 7. | Stanowiska sterowania |  | 1 |  |  |  |
| 8. | System rejestracji szkoleń/debriefing/komunikacja |  | 1 |  |  |  |
| 9. | Projektor stacjonarny |  | 1 |  |  |  |
| 10. | Projektor mobilny |  | 1 |  |  |  |
| 11. | Szafa rack |  | 1 |  |  |  |
| 12. | Komputer do obsługi szkoleń |  | 3 |  |  |  |
| 13. | Urządzenie wielofunkcyjne |  | 1 |  |  |  |
| 14. | Ekran do projektora |  | 2 |  |  |  |
|  | | | **SUMA** |  |  |  |

Oświadczamy, że termin realizacji zamówienia wynosi:**…………… dni.**

**Oświadczamy, że oferujemy niżej wymienione parametry podlegające ocenie:**

1. **Warunki gwarancji, rękojmi i serwisu:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr oceniany** | **Oferowana wartość** |
| 1. | **Czas naprawy symulatora w przypadku dostępności części w kraju** (min 5 - max 14 dni) | ……….. dni |
| 2. | **Czas naprawy symulatora w przypadku konieczności sprowadzenia części zza granicy** (min 7 - max 21 dni) | ……….. dni |

1. **Parametry techniczne:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr oceniany** | **TAK/NIE** |
| **MOBILNY SYMULATOR RATUNKOWY OSOBY DOROSŁEJ** | | |
| 1. | Możliwość wygenerowania szczękościsku. |  |
| 2. | Symulator posiadający zmienną podatność płuc i opór dróg oddechowych na intubację lub wentylację. |  |
| 3. | Możliwość symulowania sinicy wokół ust pacjenta. |  |
| 4. | Możliwość ręcznego pomiaru ciśnienia krwi za pomocą odsłuchiwania dźwięków Korotkowa. |  |
| 5. | Napięcie tętna zależne od ciśnienia tętniczego krwi. |  |
| 6. | Wykrywanie i rejestrowanie palpacyjnego badania tętna. |  |
| 7. | Współpraca z rzeczywistym pulsoksymetrem i ciśnieniomierzem. |  |
| 8. | Możliwość ustawienia wydzielania: oczy, usta, uszy, nos, skóra (pocenie się). |  |
| 9. | Pełen zakres ruchu stawów kończyn i szyi. |  |
| **SYMULATOR PORODOWY Z NOWORODKIEM** | | |
| 10. | Możliwość ręcznego pomiaru ciśnienia krwi za pomocą odsłuchiwania dźwięków Korotkowa. |  |
| 11. | Współpraca z rzeczywistym pulsoksymetrem i ciśnieniomierzem. |  |
| 12. | Możliwość cewnikowania żyły pępowinowej z realnym wypływem krwi i opcją podawania płynów. |  |
| 14. | Możliwość realnego pomiaru i określenia zawartości CO2 w powietrzu wydychanym przez noworodka. |  |
| 15. | Możliwość symulacji odmy opłucnowej ze zmianami oddechowymi oraz możliwością odbarczenia u noworodka. |  |
| 16. | Możliwość wykonania wkłucia doszpikowego na kończynach dolnych. |  |
| **SYMULATOR NIEMOWLĘCIA** | | |
| 17. | Możliwość realnego pomiaru i określenia zawartości CO2 w wydychanym powietrzu. |  |
| 18. | Współpraca z rzeczywistym pulsoksymetrem i ciśnieniomierzem lub możliwość podłączenia czujnika SpO2 i mankietu do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi oraz wyświetlenia wartości saturacji i ciśnienia tętniczego krwi na ekranie monitora pacjenta. |  |
| 19. | Mruganie oczami: co najmniej 3 tryby (szybko, średnio, wolno). |  |
| 20. | Źrenice z możliwością ustawiania ich szerokości oraz reakcji na światło (akomodacja), niezależnie od siebie (np. lewa szeroka bez reakcji, prawa prawidłowa z normalną reakcją). |  |
| 21. | Możliwość wygenerowania szczękościsku. |  |
| **PEDIATRYCZNY SYMULATOR RATUNKOWY** | | |
| 22. | Możliwość wygenerowania sinicy co najmniej w okolicy ust. |  |
| 23. | Symulator posiadający możliwość wykonania iniekcji domięśniowych. |  |
| **MOBILNY SYMULATOR URAZOWY** | | |
| 24. | Możliwość zdalnego monitorowania poziomu płynów (krew, łzy, iine wydzieliny). |  |
| 25. | Możliwość wydzielania płynów w okolice oczu, uszu, nosa. |  |
| 26. | Możliwość wyłamania zębów, np. podczas nieumiejętnej intubacji. |  |
| 27. | Możliwość obustronnego drenażu opłucnej z wypływem płynu, zestaw CO2. |  |
| 28. | Możliwość wentylacji strumieniowej przez tchawicę. |  |
| 29. | Możliwość podaży domięśniowej leków. |  |
| 30. | Możliwość ustawienia wydzielania: oczy, usta, uszy, nos, skóra (pocenie się). |  |
| 31. | Wymienne genitalia męskie i żeńskie do procedur cewnikowania urologicznego z funkcją wypływu moczu po prawidłowym założeniu cewnika. |  |

**Proszę podać producenta/nr katalogowy/nazwę handlową następującego sprzętu:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa sprzętu** | **Producent, numer katalogowy, nazwa handlowa** |
| **ZAAWANSOWANE SYMULATORY PACJENTA WYSOKIEJ WIERNOSCI** | | |
| 1. | Mobilny symulator ratunkowy osoby dorosłej |  |
| 2. | Komputer przenośny do mobilnego symulatora ratunkowego osoby dorosłej |  |
| 3. | Komputer all in one do mobilnego symulatora ratunkowego osoby dorosłej |  |
| 4. | Symulator porodowy z noworodkiem |  |
| 5. | Komputer przenośny do symulatora porodowego z noworodkiem |  |
| 6. | Komputer all in one do symulatora porodowego z noworodkiem |  |
| 7. | Symulator niemowlęcia |  |
| 8. | Komputer przenośny do symulatora niemowlęcia |  |
| 9. | Komputer all in one do symulatora niemowlęcia |  |
| 10. | Pediatryczny symulator ratunkowy |  |
| 11. | Komputer przenośny do pediatrycznego symulatora ratunkowego |  |
| 12. | Komputer all in one do pediatrycznego symulatora ratunkowego |  |
| 13. | Urazowy symulator pacjenta |  |
| 14. | Komputer przenośny do urazowego symulatora pacjenta |  |
| 15. | Komputer all in one do urazowego symulatora pacjenta |  |
| **SPRZĘT MEDYCZNY** | | |
| 16. | Defibrylator kliniczny |  |
| **STANOWISKA STEROWANIA** | | |
| 17. | Komputer |  |
| 18. | Monitor |  |
|  | Pozostały zaoferowany sprzęt |  |
| **SYSTEM REJESTRACJI SZKOLEŃ/DEBRIEFING/KOMUNIKACJA** | | |
| 19. | Kamera typu 1 |  |
| 20. | Kamera typu 2 |  |
| 21. | Kamera typu 3 |  |
| 22. | Oprogramowanie |  |
| 23. | Pozostały zaoferowany sprzęt |  |
| **OSPRZĘT DODATKOWY** | | |
| 22. | Projektor stacjonarny |  |
| 23. | Projektor mobilny |  |
| 24. | Ekran do projektora |  |
| 25. | Komputer do obsługi szkoleń |  |
| 26. | Urządzenie wielofunkcyjne |  |
| 24. | Szafa RACK |  |
| 25. | Listwa zasilajaca PDU |  |

**CZĘŚĆ II**

Symulator przedziału medycznego ambulansu sanitarnego.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wartość NETTO** | **VAT**  **(%)** | **Wartość BRUTTO** |
|  |  |  |

Słownie: cena netto: ….…………................................................................................................. …………………………………………………………………..…………………...……………….PLN.

Podatek VAT (cyfrowo): ……..…… PLN (i słownie): ……………………………………....................

…………………………………………………………………………………………….………….PLN.

Wartość brutto: ............……………………………………………………………………..……….........

………………………..………………………………………………………………………...…….PLN.

Oświadczamy, że termin realizacji zamówienia wynosi: **…………… dni.**

**Proszę podać producenta, nr katalogowy, nazwę handlową następującego sprzętu:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa sprzętu** | **Producent, numer katalogowy, nazwa handlowa** |
| 1. | Nosze główne |  |

Przedmiotowe zadanie zrealizowane będzie zgodnie ze *Specyfikacją istotnych warunków zamówienia.*

Oświadczamy, że:

* zapoznaliśmy się ze *Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia,*
* uzyskaliśmy wszystkie niezbędne informacje do przygotowania oferty i realizacji przedmiotu zamówienia,
* akceptujemy wskazany w specyfikacji czas związania ofertą,
* akceptujemy postanowienia SIWZ oraz wzór umowy i w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach określonych w specyfikacji, w miejscu i czasie zaznaczonym przez **Zamawiającego.**

Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczamy, że załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny, aktualny na dzień otwarcia ofert.

Posiadamy konto w ..........................................................................................................................

Numer konta ................................................................................................................................ Wyrażamy zgodę na dokonanie płatności za przedmiot zamówienia w terminie **30dni**, od momentu doręczenia faktury VAT.

Osobą upoważnioną do kontaktów z **Zamawiającym** w przedmiotowej sprawie jest:

.......................................................................................................... tel. .................................................... fax. ................................

W przypadku wyboru naszej oferty osobami upoważnionymi do podpisania umowy są:

1. ...........................................................................

2. ...............................................................................

Oświadczamy, że zdobyliśmy niezbędne informacje do przygotowania oferty.

Oświadczamy, że jesteśmy/nie jesteśmy[[1]](#footnote-2) mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem[[2]](#footnote-3).

Oświadczamy, że przedmiot zamówienia będziemy wykonywać sami/przy udziale podwykonawców/[[3]](#footnote-4).

Poniżej podajemy części zamówienia, których wykonanie zamierzamy powierzyć podwykonawcom oraz wykaz firm podwykonawców, którym wykonanie w/w części zamówienia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Firma podwykonawcy | część zamówienia, której wykonanie zamierzamy powierzyć podwykonawcy |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |

Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres **60 dni** od upływu terminu składania ofert.

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) (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- **dotyczy/nie dotyczy.**[[4]](#footnote-5).

Ofertę niniejszą składamy na ............................. kolejno ponumerowanych stronach.

Oświadczamy, że oferta nie zawiera/ zawiera (właściwe podkreślić) informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Informacje takie zawarte są w następujących dokumentach:

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

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

Uzasadnienie, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa:

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

**Uwaga! W przypadku braku wykazania, że informacje zastrzeżone stanowią tajemnice przedsiębiorstwa lub niewystarczającego uzasadnienia, informacje te zostaną uznane za jawne.**

Załącznikami do formularza oferty są:

1. Dokumenty wymagane zgodnie z *SIWZ.*
2. Załączniki wymienione w *SIWZ.*

……………………………………… ……………………………….

/miejscowość data/ /podpis Wykonawcy/

1. Niewłaściwe skreślić. [↑](#footnote-ref-2)
2. W rozumieniu zalecenia Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczącego definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). [↑](#footnote-ref-3)
3. Niewłaściwe skreślić. W przypadku nie uzupełnienia punktu uznaje się, że przedmiot zamówienia wykonany zostanie bez udziału podwykonawców. [↑](#footnote-ref-4)
4. 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 ,wykonawca skreśla właściwe. [↑](#footnote-ref-5)