**Załącznik nr 1B do SWZ**

Nr sprawy**: 2021.02.ZP**

# **OFERTA – CZĘŚĆ II**

|  |  |
| --- | --- |
| **Informacje dotyczące wykonawcy**  *(Identyfikacja wykonawcy):* | **Odpowiedź:** *(wypełnia wykonawca)* |
| Nazwa i adres pocztowy wykonawcy[[1]](#footnote-2): |  |
| Numer NIP:  Numer REGON:[[2]](#footnote-3) | [……]  [……] |
| Dane teleadresowe wykonawcy:  Adres pocztowy:  Telefon:  Adres e-mail: | [……]  [……]  [……] |
| Czy wykonawca jest: | mikroprzedsiębiorstwem [ ] Tak [ ] Nie  małym przedsiębiorstwem [ ] Tak [ ] Nie  średnim przedsiębiorstwem[ ] Tak [ ] Nie |
| Dane osoby upoważnionej do reprezentowania wykonawcy w postępowaniu:  Imię i nazwisko:  Stanowisko:  Podstawa umocowania: | [……]  [……]  [……]  [……] |
| Czy dokumentacje, z której wynika sposób reprezentacji wykonawcy (np. organ uprawniony do reprezentacji podmiotu) można uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych:  Jeżeli powyższe dane są dostępne w formie elektronicznej, proszę wskazać dane niezbędne do ich pobrania: | [ ] Tak, można uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych: W przypadku wyrażenia zgody dokumenty te pobrać można pod adresami: <https://prod.ceidg.gov.pl>; https://ems.ms.gov.pl;  W przypadku gdy dokumenty te dostępne są pod innymi adresami niż powyżej podać należy np. adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji, identyfikator wydruku: …………………………………………………  [ ] Nie |

W odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego pn.: **Dostawę 10 ambulansów ratunkowych z wyposażeniem medycznym** niniejszym:

1. **SKŁADAMY** ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie ze Specyfikacją Warunków Zamówienia.
2. **OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami i zasadami postępowania.
3. **OFERUJEMY** wykonanie przedmiotu zamówienia za:

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

W tym:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa przedmiotu** | **Cena netto** | **Ilość** | **Wartość netto** | **VAT**  **(%)** | **Wartość brutto** |
| **1.** | Respirator transportowy |  | **10** |  |  |  |
| **2.** | Defibrylator |  | **10** |  |  |  |
| **3.** | Krzesełko transportowe |  | **10** |  |  |  |
| **4.** | Pompa infuzyjna |  | **10** |  |  |  |
| **5.** | Ssak akumulatorowy przenośny |  | **10** |  |  |  |
|  |  |  | **RAZEM** |  |  |  |

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

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

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

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

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

**Wykonawca oświadcza, że:**

1. Cena przedmiotu zamówienia części II zawiera wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego, które wynikają z zapisów SWZ oraz aktualnych przepisów prawa.
2. Akceptuje warunki płatności określone przez Zamawiającego w SWZ.
3. Oferowany sprzęt medyczny spełnia wymagania określone w ustawie o wyrobach medycznych oraz wymagania określone w SWZ.
4. Zobowiązuje się do wykonania całości zamówienia w terminie 90 dni od daty podpisania umowy.
5. Zobowiązuje się załączyć pisemne gwarancje jakości dla oferowanego sprzętu opisanego w SWZ na okres ……………… (min. 24 miesiące) od daty protokolarnego odbioru sprzętu.
6. Zapewnia podjęcie napraw gwarancyjnych sprzętu medycznego zgodnie z przepisami umowy.
7. Adres/y serwisu/ów gwarancyjnego dla sprzętu medycznego (najbliżej siedziby zamawiającego) …………………………………………………………………...…………………………
8. Dane kontaktowe: siedziba/adres i nr telefonu w celu zgłaszania awarii do usunięcia w siedzibie Zamawiającego, o których mowa w umowie …..……….…………………………………………………………………………….......
9. **RESPIRATOR transportowy**

**Producent: ……………………………………………**

**Typ: ……………………………………………**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr oceniany** | **Punktacja** | **Odpowiedź** |
|  | Zasilanie i sterowanie pracą respiratora wyłącznie z jednego źródła zasilania np. pneumatyczne, z przenośnego lub stacjonarnego źródła tlenu  /dopuszcza się elektroniczne zasilanie modułu alarmów/ | TAK – 10 pkt.  NIE – 0 pkt. |  |
|  | Funkcja automatycznej blokady w cyklu wentylacji IPPV/ CMV przy oddechu spontanicznym pacjenta, z zapewnieniem minimalnej wentylacji minutowej | TAK – 10 pkt.  NIE – 0 pkt. |  |
|  | min 2 poziomy stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej w trybie IPPV/ CMV, 100 i max 60% (podać wartość znamionową stężenia O2 deklarowaną w materiałach technicznych producenta) | Poniżej 50% - 10 pkt.  50% i więcej –  0 pkt. |  |
|  | Respirator przystosowany do pracy w urządzeniach MRI (rezonans magnetyczny) o indukcji min. 3 Tesla | TAK – 10 pkt.  NIE – 0 pkt. |  |
|  | Możliwość rozbudowy urządzenia o moduł do manualnej wentylacji ciśnieniowej noworodków | TAK – 10 pkt.  NIE – 0 pkt. |  |

1. **DEFIBRYLATOR z kardiowersją, stymulacją, pulsoksymetrią, kapnometrią, NIBP   
   i monitorowaniem EKG z 12 odprowadzeń, z funkcją transmisji danych**

**Producent: ……………………………………………**

**Typ: ……………………………………………**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr oceniany** | **Punktacja** | **Odpowiedź** |
| **REJESTRACJA** | | | |
|  | Wbudowany napęd pamięci zewnętrznej USB | TAK– 10 pkt  Inne rozwiązanie – 0 pkt |  |
| **EKG/ RESPIRACJA** | | | |
|  | Wzmocnienie zapisu EKG regulowane w zakresie min. 0,25 do 2,0 cm/mV | TAK – 0 pkt  Szerszy zakres – 10 pkt |  |
| **NIBP** | | | |
|  | Pomiar ciśnienia w trakcie napełniania mankietu, zsynchronizowany pomiar RR z kablem EKG | TAK –10 pkt  NIE – 0 pkt |  |
| **MONITOROWANIE RKO** | | | |
|  | Wyświetlanie na ekranie w formie numerycznej rzeczywistej głębokości (cm) i częstości (1/min.) uciśnięć klatki piersiowej oraz prezentacja graficzna wykresu głębokości uciśnięć klatki piersiowej z wyraźnym zaznaczeniem docelowego zakresu 5-6 cm, zgodnie z Wytycznymi 2010 ERC | TAK –10 pkt  NIE – 0 pkt |  |
|  | Filtr cyfrowy umożliwiający prezentację na ekranie niezakłóconego przebiegu EKG w trakcie uciskania klatki piersiowej | TAK– 10 pkt.  NIE – 0 pkt |  |
|  | Funkcja wspomagania wentylacji umożliwiająca prezentację  na ekranie docelowej i rzeczywistej objętości wentylacji, docelowej  i rzeczywistej częstości wentylacji. Powinna posiadać wskaźnik jakości wentylacji, licznik czasu między oddechami. Współpracująca z dostępnymi na rynku urządzeniami do prowadzenia wentylacji zastępczej zarówno u pacjentów zaintubowanych jak i nie zaintubowanych. | TAK– 10 pkt  NIE – 0 pkt |  |
|  | Pulpit umożliwiający ratownikom skuteczne postępowanie z pacjentami z urazem czaszkowo-mózgowym. Funkcja prezentująca na monitorze min. parametry życiowe w formie trendów: EtCO2, SpO2, SBP oraz informacje o jakości wymiany gazowej. | TAK– 10 pkt  NIE – 0 pkt |  |
| **KOMUNIKACJA/ TRANSMISJA DANYCH** | | | |
|  | Bezprzewodowa transmisja danych w systemie WiFi 802.11 a/b/g/n; | TAK– 10 pkt  NIE – 0 pkt |  |

1. **KRZESEŁKO TRANSPORTOWE**

**Producent: ……………………………………………**

**Typ: ……………………………………………**

1. **POMPA INFUZYJNA**

**Producent: ……………………………………………**

**Typ: ……………………………………………**

1. **SSAK AKUMULATOROWY PRZENOŚNY**

**Producent: ……………………………………………**

**Typ: ……………………………………………**

1. **OŚWIADCZAMY**, że numer rachunku rozliczeniowego wskazany we wszystkich fakturach, które będą wystawione w naszym imieniu, *jest rachunkiem/nie jest rachunkiem* *(niewłaściwe skreślić)* dla którego zgodnie z Rozdziałem 3a ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. - *Prawo Bankowe* prowadzony jest rachunek VAT.
2. **UWAŻAMY SIĘ** za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w specyfikacji warunków zamówienia, tj. przez okres 90 dni od upływu terminu składania ofert.
3. **OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się z projektem umowy i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w Specyfikacji Warunków Zamówienia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. **ZAMÓWIENIE ZREALIZUJEMY** sami/ **ZAMIERZAMY** powierzyć podwykonawcom wykonanie następujących części zamówienia *(niepotrzebne skreślić):*

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Firma podwykonawcy** | **Część zamówienia, której wykonanie zamierzamy powierzyć podwykonawcy** |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

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

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

Oświadczamy, że oferta **nie zawiera/ zawiera (niepotrzebne skreślić) 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.**.

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.

Załącznikami do formularza oferty są:

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

1. *W przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy (firmy) i dokładne adresy wszystkich członków konsorcjum lub spółki cywilnej.* [↑](#footnote-ref-2)
2. *W przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie numer NIP i REGON wszystkich członków konsorcjum lub spółki cywilnej.* [↑](#footnote-ref-3)