Załącznik nr 1 do SIWZ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARZ OFERTOWY** *do postępowania NZP.II-240/34/19* | | | |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***STYMULATORY, KARDIOWERTERY I ELEKTRODY*** | | |
| ***Zamawiający*** | **Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica**  64–920 Piła, ul. Rydygiera 1 | | |
| ***Wykonawca***  ***pełna nazwa,***  ***adres,***  ***NIP***  ***REGON*** |  | | |
| ***Nr KRS/CEIDG/inny*** |  | | |
| ***telefon*** |  | | |
| ***e-mail*** |  | | |
| ***Adres do korespondencji***  ***(jeżeli jest inny niż adres siedziby):*** |  | | |
|  | | | |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ***  ***ZA WYKONANIE***  ***ZADANIA 1***  ***(podlega ocenie)*** | wartość brutto:……………………………………………….  słownie:………………………………………………………………………………………. | | |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ***  ***ZA WYKONANIE***  ***ZADANIA 2***  ***(podlega ocenie)*** | wartość brutto:……………………………………………….  słownie:……………………………………………………………………………………….. | | |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ***  ***ZA WYKONANIE***  ***ZADANIA 3***  ***(podlega ocenie)*** | wartość brutto:……………………………………………….  słownie:……………………………………………………………………………………….. | | |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ***  ***ZA WYKONANIE***  ***ZADANIA 4***  ***(podlega ocenie)*** | wartość brutto:……………………………………………….  słownie:……………………………………………………………………………………….. | | |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ***  ***ZA WYKONANIE***  ***ZADANIA 5***  ***(podlega ocenie)*** | wartość brutto:……………………………………………….  słownie:……………………………………………………………………………………….. | | |
| ***TERMIN DOSTAWY***  ***dla Zadania nr 1***  ***(podlega ocenie)*** | …………………… dni | | |
| ***TERMIN DOSTAWY***  ***dla Zadań nr 2, 3, 4, 5***  ***(podlega ocenie)*** | …………………… dni | | |
| ***PARAMETRY JAKOŚCIOWE (podlega ocenie) dotyczy Zadania nr 1*** | | | Nieprawidłowe skreślić |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **Zadanie 1.1 poz. 1** |  | | 1 | Algorytm wspomagający programowanie rozrusznika w zależności od stanu klinicznego pacjenta | TAK / NIE | |  | **Zadanie 1.1 poz. 3** |  | | 1 | Rejestrowanie trendów oporności elektrod przez cały okres życia urządzenia | TAK / NIE | | 2 | Elektroda do zatoki wieńcowej z systemem stabilizującym jej położenie w czasie wszczepiania poprzez zwiększenie średnicy w jej odcinku dystalnym | TAK / NIE | | 3 | Automatyczna możliwość przełączenia polarności w przypadku przekroczenia zakresu impedancji elektrod | TAK / NIE | | | | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **Zadanie 1.2** |  | | 1 | Funkcja automatycznie określająca przedsionkowy próg stymulacji oraz automatycznie dostosowująca parametry stymulacji przedsionkowej do zmierzonego progu stymulacji | TAK / NIE | | 2 | Granica częstości stymulacji komorowej sterowanej przedsionkami 210 ppm | do 180 ppm / pow. 190 ppm | | 3 | Algorytm promujący własny rytm zatokowy pacjenta | TAK / NIE | | 4 | Algorytmy przeciwdziałające wzbudzaniu się arytmii przedsionkowych | jeden algorytm / dwa i więcej | | 5 | Algorytm stabilizujący rytm komorowy w czasie trwania arytmii przedsionkowej | TAK / NIE | | 6 | Algorytm reagujący na gwałtowny spadek częstości serca | TAK / NIE | | 7 | Algorytmy aktywacji odpowiedzi urządzenia na gwałtowny spadek częstości pracy serca | jeden algorytm / dwa i więcej | | 8 | Algorytmy aktywacji funkcji Mode Switch (min 1 algorytm) | jeden algorytm / dwa i więcej | | 9 | Możliwość wykonania stymulacji antyarytmicznej EPS wszczepionym stymulatorem bez użycia dodatkowych urządzeń | do dwóch typów/ trzy typy i więcej | |  | **Zadanie 1.3 poz. 1** |  | | | 1 | Elektrody do defibrylacji nasierdziowe | TAK / NIE | | | 2 | Elektrody do defibrylacji podskórne | TAK / NIE | | | 3 | Bezprzewodowa komunikacja wszczepionego urządzenia z programatorem | TAK / NIE | | |  | **Zadanie 1.3 poz. 2** |  | | 1 | Elektrody do defibrylacji nasierdziowe | TAK / NIE | | 2 | Elektrody do defibrylacji podskórne | TAK / NIE | |  | **Zadanie 1.3 poz. 3** |  | | | 1 | Możliwość dostarczenia terapii ATP w strefie VF | TAK / NIE | | | 2 | Automatyczny wybór ostatniej skutecznej terapii antyarytmicznej | TAK / NIE | | | 3 | Algorytm zapewniający terapię resynchronizującą w czasie trwania AF/AT | TAK / NIE | | | 4 | Możliwość programowalnego wyłączenia obudowy urządzenia z obwodu wysokonapięciowego | TAK / NIE | | | 5 | Możliwość programowalnego wyłączenia dodatkowego koila wysokoenergetycznego (np. SEC) z obudowy wysokonapięciowego | TAK / NIE | | | 6 | Algorytm zapewniający terapię resynchronizującą w obecności PVC oraz gwałtownych przyspieszeń rytmu | TAK / NIE | | | 7 | Pomiar trendów: |  | | |  | - epizodów VT/VF | - epizodów VT/VF | | |  | - HRV | - HRV | | |  | - terapii wysokonapięciowych | - terapii wysokonapięciowych | | |  | - częstość skurczu komór w czasie epizodów VT/VF | - częstość skurczu komór w czasie epizodów VT/VF | | | 8 | Automatyczna sygnalizacja ERI (sygnał dźwiękowy emitowany przez wszczepione urządzenie informujące pacjenta) | TAK / NIE | | | 9 | Elektrody do defibrylacji podskórne | TAK / NIE | | | 10 | Algorytm zapewniający terapię resynchronizująca w obecności wykrytych pobudzeń komorowych | TAK / NIE | | | 11 | Bezprzewodowa komunikacja wszczepionego urządzenia z programatorem | TAK / NIE | | | 12 | Możliwość dostarczenia 20% urządzeń z możliwością wykonania badania MRI 1,5 i 3 T bez stref wykluczeń | TAK / NIE | | | | | |
|  | | | |
| ***Termin płatności*** | | **60** **dni** | |
| ***Termin realizacji zamówienia*** | | **12 miesięcy** od dnia podpisania umowy | |
| **OŚWIADCZENIA:**   1. zamówienie zostanie zrealizowane w terminach określonych w SIWZ oraz ze wzorze umowy; 2. w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia; 3. zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia oraz wzorem umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte; 4. uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres **60 dni** licząc od dnia otwarcia ofert (włącznie z tym dniem); 5. akceptujemy, iż zapłata za zrealizowanie zamówienia następować będzie częściami (na zasadach opisanych we wzorze umowy). 6. uzyskaliśmy konieczne informacje i wyjaśnienia niezbędne do przygotowania oferty, 7. posiadamy zezwolenie na prowadzenie działalności uprawniające do obrotu produktami medycznymi, jeżeli przepisy prawa tego wymagają, 8. proponowany przez nas przedmiot zamówienia jest zgodny z oczekiwaniami Zamawiającego – zgodny z SIWZ 9. wadium w wysokości \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **PLN**, zostało wniesione w dniu: ......................................., w formie: …..…….............................................................................; 10. prosimy o zwrot wadium (wniesionego w pieniądzu), na zasadach określonych w art. 46 ustawy PZP, na następujący rachunek:   …...………………...........................................................................................…...………; | | | |
| **ZOBOWIĄZANIA W PRZYPADKU PRZYZNANIA ZAMÓWIENIA:**   1. zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego; 2. osobą upoważnioną do podpisywania umowy jest:   .......................................................................................................................................................................  e-mail:………...……........……………………………..……....….tel./fax: ...................................................………………..;   1. osobą odpowiedzialną za realizację umowy jest:   .......................................................................................................................................................................  e-mail:………...……........……………………………..……....….tel./fax: ...................................................………………..; | | | |
| **PODWYKONAWCY:**  Podwykonawcom zamierzam powierzyć poniższe części zamówienia (Jeżeli jest to wiadome, należy podać również dane proponowanych podwykonawców)   1. ......................................................................................................................................................... 2. ......................................................................................................................................................... | | | |
| **Oświadczamy, że oferta:** zawiera / nie zawiera\* *(niepotrzebne skreślić)* **na str. ……………. oferty** informacje, które stanowią **TAJEMNICĘ PRZEDSIĘBIORSTWA** w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być one ogólnie udostępniane przez Zamawiającego oraz są zabezpieczone w sposób opisany w SIWZ i zawierają uzasadnienie ich zastrzeżenia. | | | |
| **Należymy do grupy małych i średnich przedsiębiorstw** (właściwe zaznaczyć)  **⬜** TAK **⬜** NIE | | | |

Załącznikami do niniejszej oferty są:

………………………………………………………………………………

Załącznik nr 2 do SIWZ

**FORMULARZ CENOWY (*szczegółowy opis przedmiotu zamówienia*)**

**- DOKUMENT DO POBRANIA W ODRĘBNYM PLIKU**

Załącznik nr 3 do SIWZ

**OŚWIADCZENIA WYKONAWCY**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

**ORAZ SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy Prawo Zamówień Publicznych**

**w postępowaniu nr NZP.II-240/34/19 na dostawę STYMULATORÓW, KARDIOWERTERÓW I ELEKTROD**

**OŚWIADCZENIE SKŁADANE W FORMIE WYPEŁNIONEGO JEDNOLITEGO DOKUMENTU SPORZĄDZONEGO ZGODNIE ZE WZOREM STANDARDOWEGO FORMULARZA ZWANEGO DALEJ "JEDNOLITYM DOKUMENTEM LUB JEDZ" W FORMIE OPISANEJ W ROZDZIALE 6 SIWZ – (dokument do pobrania w odrębnym pliku)**

Załącznik nr 4 do SIWZ

**PROJEKT UMOWY - DOKUMENT DO POBRANIA W ODRĘBNYM PLIKU**

Załącznik nr 5 do SIWZ

**Wykonawca:**

……………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………..…………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**O PRZYNALEŻNOŚCI LUB BRAKU PRZYNALEZNOŚCI DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ**

o której mowa w art.24 ust.1 pkt 23 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.

Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:

***STYMULATORY, KARDIOWERTERY I ELEKTRODY***

prowadzonego przez **Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica w Pile**, oświadczam, co następuje:

Wykonawca, którego reprezentuję/jemy:

* **nie należy do tej samej grupy kapitałowej z żadnym z podmiotów, które do upływu terminu składania ofert złożyły oferty\***
* **należy do tej samej grupy kapitałowej następującymi podmiotami, które do upływu terminu składania ofert złożyły oferty\*:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** | **Adres** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |
|  |  |  |

**Uwaga – niepotrzebne skreślić\***

**Wykonawca, w terminie 3 dni od zamieszczenia na stronie internetowej informacji z otwarcia, przekazuje Zamawiającemu oświadczenie o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.**

Załącznik nr 6 do SIWZ

………………….………,dnia ………………………………

**Nazwa i adres Wykonawcy:**

|  |
| --- |
|  |

**OŚWIADCZENIE**

Przystępując do postępowania w sprawie udzielenia zamówienia publicznego, prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na: **STYMULATORY, KARDIOWERTERY I ELEKTRODY**

*oświadczam, że:*

posiadam i dostarczę na każde żądanie Zamawiającego aktualne świadectwa zgodności CE, atesty, certyfikaty dopuszczające do obrotu dla poszczególnych pozycji oferowanego przedmiotu zamówienia lub wpis do rejestru wyrobów medycznych, materiały informacyjne uwiarygodniające podane informacje techniczne (karta produktu lub karta katalogowa, opisy, foldery) w języku polskim.

|  |  |
| --- | --- |
| **Zadanie:** | **Nazwa handlowa i producent oferowanego towaru** |
| **1** |  |
| **2** |  |
| **3** |  |
| **4** |  |
| **5** |  |