**Załącznik nr 1 do SWZ**

Nr sprawy**: 2025.03.ZP**

# **OFERTA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Informacje dotyczące wykonawcy**  *(Identyfikacja wykonawcy):* | **Odpowiedź:** *(wypełnia wykonawca)* |
| Nazwa i adres pocztowy wykonawcy[[1]](#footnote-1): |  |
| Numer NIP:  Numer REGON:[[2]](#footnote-2) | [……]  [……] |
| Dane teleadresowe wykonawcy:  Adres pocztowy:  Telefon:  Adres e-mail: | [……]  [……]  [……] |
| Czy wykonawca jest: | jednoosobową działalnością gospodarczą [ ] Tak [ ] Nie  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.: **Sukcesywne dostawy zużywalnych części i akcesoriów medycznych na okres 12 miesięcy.**

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:

**Część 1 – sukcesywne dostawy zużywalnych części do pulsoksymetrii**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa** | **Cena jednostkowa brutto** | **Ilość** | **Wartość brutto**  **(3x4)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |
| 1 | Czujnik LNCS DCI-P - wielorazowy (klips palcowy) pediatryczny minimalny zakres wagowy do pomiaru 15-40 kg, z kablem długości minimum 0,9 m, monitorowanie SpO2. Kompatybilny z modułami Masimo RED (wejście 20PIN) tj. z defibrylatorami ZOLL M Series, E Series i X Series |  | 50 szt. |  |
| 2 | Czujnik LNCS Neo-3 - jednorazowy dla noworodków < 3 kg lub >40 kg, monitorowanie SpO2. Kompatybilny z modułami Masimo RED (wejście 20PIN) tj. z defibrylatorami ZOLL M Series, E Series i X Serie |  | 70 szt. |  |
| 3 | Czujnik LNCS DCI - wielorazowy (klips palcowy) dla dorosłych > 40 kg, z kablem minimum 0,9 m, monitorowanie SpO2. Kompatybilny z modułami Masimo RED (wejście 20PIN) tj. z defibrylatorami ZOLL M Series, E Series i X Series |  | 250 szt. |  |
| 4 | Kabel połączeniowy – do czujników jedno- i wielorazowych, minimalna długość 1,2 m. Kompatybilny z modułami Masimo RED (wejście 20PIN) tj. z defibrylatorami ZOLL M Series, E Series i X Series |  | 250 szt. |  |
|  |  |  | **SUMA** |  |

**Oferujemy następujący termin jednorazowej dostawy do …….. dni (do 3/do 7/do 14 dni)**

**Część 2 – sukcesywne dostawy zużywalnych akcesoriów medycznych**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa** | **Cena jednostkowa brutto** | **Ilość** | **Wartość brutto**  **(3x4)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |
| 1 | Plecak reanimacyjny z ampularium na 80 ampułek o wymiarach min. 62x52x30 cm. Plecak musi być uszyty z materiałów nie przepuszczających płynów i cieczy, nienasiąkliwy, odporny na silnie żrące środki chemiczne, wytrzymały na uszkodzenia mechaniczne, łatwy w czyszczeniu, przystosowany do dezynfekcji ogólnie dostępnymi środkami. Posiadać min. 1 szt. wyjmowane ampularium na 80 ampułek o różnych rozmiarach, oraz dodatkowe ampularium na 9 ampułek z możliwością zamocowania do pasa, wielokomorową konstrukcję w tym komorę intubacyjna umożliwiającą posegregowanie wyposażenia (rurki, łopatki, rękojeść), dodatkowe, umocowane na rzep organizery na inny sprzęt medyczny (worki, pulsoksymetry, etc.), konstrukcja musi umożliwiać czyszczenie ręczne lub automatyczne, konstrukcja powinna być usztywniona ,górna kieszeń zewnętrzna posiadać izolowaną przestrzeń do przechowywania listy wyposażenia formatu A4, dolna kieszeń zewnętrzna przeznaczona na min. cztery komplety płynów infuzyjnych z aparatami do tłoczenia. |  | 20 szt. |  |
| 2 | Torba reanimacyjna z szelkami o wymiarach min. 53x30x36 cm. Torba musi posiadać min. 4 kieszenie zewnętrzne oraz liczne przegrody, kieszenie wewnętrzne. W skład torby powinny wchodzić oddzielne torebki min. 1 szt. na zestaw intubacyjny, min. 2 szt. na wkłucia. |  | 15 szt. |  |
| 3 | ampularium na 80 i 9 ampułek o różnych rozmiarach komplet |  | 15 zest. |  |
| 4 | Materac wieloczłonowy na nosze Mondial nie przepuszczający płynów i cieczy, nienasiąkliwy, odporny na silnie żrące środki chemiczne, wytrzymały na uszkodzenia mechaniczne, łatwy w czyszczeniu, przystosowany do dezynfekcji ogólnie dostępnymi środkami |  | 5 szt. |  |
| 5 | staza taktyczna , wykonana z wysokiej jakości gumy umożliwiającej wielokrotne użycie , mechanizm umożliwiający rozpinanie i zapinanie jedną ręką z płynną regulacją zacisku. |  | 50 szt. |  |
| 6 | Akumulator do platformy Autopulse - litowo-jonowy zalecany przez producenta, min. 4 wskaźniki LED pojemności akumulator |  | 50 szt. |  |
| 7 | płachta ratownicza nie przepuszczająca płynów i cieczy, nienasiąkliwa, wytrzymała na uszkodzenia mechaniczne, łatwa w czyszczeniu, przystosowana do dezynfekcji ogólnie dostępnymi środkami z ośmioma uchwytami do przenoszenia, obciążenie maksymalne do 220kg |  | 10 szt. |  |
| 8 | Pasy zabezpieczające pacjenta zapinane na klamry do krzesełek transportowych posiadanych przez zamawiającego tj. Ferno, |  | 15 szt. |  |
| 9 | Zestaw stabilizatorów klockowych do unieruchamiania głowy i kręgosłupa szyjnego dla dorosłych ( oparcie potylicy mocowane do deski za pomocą 3 pasków, 2 kocki boczne z otworami na uszy, 2 pasy mocujące głowę) zapinane na rzepy, wykonane z materiałów nie przepuszczających płynów i cieczy, nienasiąkliwych, odpornych na środki chemiczne, wytrzymałych na uszkodzenia mechaniczne, łatwe w czyszczeniu, przystosowane do dezynfekcji ogólnie dostępnymi środkami. |  | 10 kpl. |  |
| 10 | Ssak nożny - przepływ przez końcówkę ssącą 10mm min. 70L/min; podciśnienie min. 0,8 bar; objętość zbiornika min. 600ml, waga max 1kg |  | 20 szt. |  |
|  |  |  | **SUMA** |  |

**Oferujemy następujący termin jednorazowej dostawy do …….. dni (do 3/do 7/do 14 dni)**

1. **Wykonawca oświadcza, że:**
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 wskazanym w SWZ.
5. **OŚWIADCZAMY**, że zaoferowana cena zawiera wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego, które wynikają z zapisów SWZ oraz aktualnych przepisów prawa.
6. **OŚWIADCZAMY**, że nie podlegamy wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 5k rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 229 z 31.7.2014, str. 1), dalej: rozporządzenie 833/2014, w brzmieniu nadanym rozporządzeniem Rady (UE) 2022/576 w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 111 z 8.4.2022, str. 1), dalej: rozporządzenie 2022/576;
7. **OŚWIADCZAMY**, że nie zachodzą w stosunku do nas przesłanki wykluczenia 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 (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 507 ze zm.);
8. **OŚWIADCZAMY**, że numer rachunku rozliczeniowego wskazany we wszystkich fakturach, które będą wystawione w naszym imieniu, *jest rachunkiem/nie jest rachunkiem*\* dla którego zgodnie z Rozdziałem 3a ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. - *Prawo Bankowe* prowadzony jest rachunek VAT.

***\* niewłaściwe skreślić***

1. **UWAŻAMY SIĘ** za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w specyfikacji warunków zamówienia, tj. przez okres 90 dni od upływu terminu składania ofert.
2. **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.
3. **OŚWIADCZAM**, że w związku z wspólnym ubieganiem się o udzielenie zamówienia poszczególni wykonawcy wykonają następujące dostawy:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Firma (nazwa) wykonawcy wspólnie ubiegającego się o udzielenie zamówienia** | **Wskazanie dostaw, które będą wykonane przez wykonawcę** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |

(należy wypełnić tylko w przypadku wspólnego ubiegania się wykonawców o udzielenie zamówienia)

***\* niewłaściwe skreślić***

1. **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** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Oświadczamy, że w stosunku do następującego podmiotu, będącego dostawcą/podwykonawcą, na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia: ………………………………….………..….……

…………………………………………………………………………………………………………. (podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG), nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia przewidziane w  art.  5k rozporządzenia 833/2014 w brzmieniu nadanym rozporządzeniem 2022/576

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

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

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

Oświadczamy, że oferta **nie zawiera/ zawiera (niewłaściwe 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-1)
2. *W przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie numer NIP i REGON wszystkich członków konsorcjum lub spółki cywilnej.* [↑](#footnote-ref-2)