**Załącznik nr 1B do SIWZ**

Nr sprawy**: 2020.10.ZP**

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

/pieczęć Wykonawcy/

# **OFERTA – CZĘŚĆ II**

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

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

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

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

**na: Dostawę 10 sztuk ambulansów ratunkowych wraz z wyposażeniem medycznym.**

którą wykonamy 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** |  |  |  |
| **6.** | Automatyczne urządzenie do kompresji klatki piersiowej w trakcie resuscytacji |  | **7** |  |  |  |
|  |  |  | **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 SIWZ oraz aktualnych przepisów prawa.
2. Akceptuje warunki płatności określone przez Zamawiającego w SIWZ.
3. Oferowany sprzęt medyczny spełnia wymagania określone w ustawie o wyrobach medycznych oraz wymagania określone w SIWZ.
4. Zobowiązuje się do wykonania całości zamówienia w terminie 40 dni od daty podpisania umowy, przy czym 7 szt. respiratorów, 7 szt. defibrylatorów, 7 szt. pomp infuzyjnych, 7 szt. ssaków akumulatorowych oraz 7 szt. automatycznych urządzeń do kompresji klatki piersiowej w trakcie resuscytacji zostanie dostarczonychdo 30.11.2020 r.
5. Zobowiązuje się załączyć pisemne gwarancje jakości dla oferowanego sprzętu opisanego w zał. 5 do SIWZ 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. **PLATFORMA DO MECHANICZNEGO UCISKU KLATKI PIERSIOWEJ**

**Producent: ……………………………………………**

**Typ: ……………………………………………**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr oceniany** | **Punktacja** | **Odpowiedź** |
| 1. | Funkcja synchronizacji z defibrylatorem – możliwość wyładowania defibrylacyjnego w fazie relaksacji klatki piersiowej, bez przerywania pracy urządzenia | TAK– 10 pkt  NIE – 0 pkt |  |
| 2. | Opakowanie transportowe do przenoszenia urządzenia z funkcją płachty do przenoszenia pacjenta w trakcie RKO | TAK– 10 pkt  NIE – 0 pkt |  |

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.

**Oświadczamy, iż wadium w wysokości ……….. PLN (słownie: …………… złotych) wnieśliśmy w dniu ………..…….. w formie …………………………………………………**

Przyjmujemy do wiadomości, iż wadium wraz z odsetkami utracimy na rzecz Zamawiającego, jeżeli:

1. odmówimy podpisania umowy w sprawie zamówienia publicznego na warunkach określonych w ofercie,
2. zawarcie umowy w sprawie zamówienia publicznego stało się niemożliwe z przyczyn leżących po naszej stronie,
3. nie wniesiemy zabezpieczenia należytego wykonania umowy,
4. w odpowiedzi na wezwanie, o którym mowa w art. 26 ust. 3 i 3a PZP, z przyczyn leżących po naszej stronie, nie złożymy oświadczeń lub dokumentów potwierdzających okoliczności, o których mowa w art. 25 ust. 1 PZP, oświadczenia, o którym mowa w art. 25a ust. 1 PZP, pełnomocnictw lub nie wyrazimy zgody na poprawienie omyłki, o której mowa w art. 87 ust. 2 pkt 3 PZP, co spowodowało brak możliwości wybrania oferty złożonej przez nas jako najkorzystniejszej.

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

.......................................................................................................... tel. ....................................... fax. ................................ e-mail: ………………………………………………………………………..

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/ /podpisWykonawcy/

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)