*Załącznik nr 1*

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

*(miejscowość, data)*

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

*(Pieczęć wykonawcy)*

# FORMULARZ OFERTY

**Przychodnia Lekarska Betiuk i Kwiatkowscy**

**Spółka Partnerska**

**ul. Kopernika 2, 67-124 Nowe Miasteczko**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe pod nazwą **„Dostawa sprzętu medycznego – część 1”** (oznaczenie sprawy: PPL.01.04.2025.DS1):

1. **OFERUJEMY** wykonanie całości przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w zapytaniu ofertowym za cenę ryczałtową brutto ………………………………………………………… zł(słownie: …………………………………………………………………………………………….)zgodnie z wypełnionym formularzem cenowym stanowiącym załącznik nr 3 do zapytania ofertowego.

1. **OŚWIADCZAMY**, że posiadamy wszystkie informacje potrzebne do prawidłowego przygotowania oferty, spełniamy wszystkie warunki udziału w niniejszym postępowaniu i nie podlegamy wykluczeniu z postępowania o udzielenie niniejszego zamówienia.

1. **OŚWIADCZAMY**, że posiadamy doświadczenie i wiedzę z zakresu objętego przedmiotem zamówienia niezbędne do jego prawidłowego wykonania zgodnie z wymaganiami Zamawiającego zawartymi w zapytaniu ofertowym.

1. **OŚWIADCZAMY**, że dostawy objęte zamówieniem wykonamy w terminie określonym w zapytaniu ofertowym.

1. **OŚWIADCZAMY**, iż w ramach wszystkich dostarczanych elementów udzielamy gwarancji na

przedmiot umowy według danych z poniższej tabeli:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Elementy przedmiotu zamówienia** | **Okres gwarancji**  **(w miesiącach)** |
| 1. | **Holter ciśnieniowy** - min. 24 m-ce |  |
| 2. | **Bilirubinometr** - min. 36 m-cy |  |
| 3. | **Wózek inwalidzki dla dzieci i dorosłych** - min. 12 m-cy |  |
| 4. | **Aparat EKG** - min. 12 m-cy |  |
| 5. | **Fantom do nauki i samobadania piersi** - min. 6 m-cy |  |
| 6. | **Doppler** - min. 24 m-ce |  |
| 7. | **E-stetoskop** - min. 6 m-cy |  |
| 8. | **Aparat do szybkiej diagnostyki, różne testy w tym CRP** - min. 6 m-cy |  |
| 9. | **Wizualizator naczyniowy** - min. 24 m-ce |  |
| 10. | **Meble medyczne – stojak na kroplówki** - min. 6 m-cy |  |

1. **OŚWIADCZAMY**, że zapoznaliśmy się z zapytaniem ofertowym oraz wyjaśnieniami i zmianami przekazanymi przez Zamawiającego i uznajemy się za związanych określonymi w nich zasadami postępowania.

1. **OŚWIADCZAMY**, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w zapytaniu ofertowym.

1. **AKCEPTUJEMY** warunki płatności określone przez Zamawiającego w zapytaniu ofertowym i projekcie umowy.

1. **OŚWIADCZAMY**, że zapoznaliśmy się z postanowieniami umowy, które zostały zawarte w zapytaniu ofertowym i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

1. **DOSTAWY** objęte zamówieniem wykonamy sami\* / przy współudziale podwykonawców\*. Podwykonawcom zostanie powierzona realizacja następującego zakresu zamówienia:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa i adres Podwykonawcy**  (podać o ile to wiadome na etapie składania oferty) | **Zakres powierzony do wykonania podwykonawcy** |
| …………………………………………….  …………………………………………….. | …………………………………………….  …………………………………………….. |

**\****niepotrzebne skreślić*

1. **OŚWIADCZAMY**, iż w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu,

polegamy na zasobach podmiotów trzecich wskazanych poniżej:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa i adres Podmiotu udostępniającego zasoby** | **Zakres udostępnionych zasobów** |
| …………………………………………….  …………………………………………….. | zdolności zawodowe\*  lub sytuacja ekonomiczna\* |

1. **OŚWIADCZAMY**, że wypełniliśmy 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 pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym postępowaniu.\*\*

\*\* 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 treści oświadczenia wykonawca nie składa. Należy wówczas niniejsze oświadczenie wykreślić.

1. **INFORMUJEMY\*\*\***, iż wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w odniesieniu do następujących towarów lub usług ………………………

(podać nazwę, rodzaj), których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania. Wartość towaru lub usług powodująca obowiązek podatkowy u Zamawiającego to ……………… zł netto\*.

*\*\*\*dotyczy Wykonawców, których oferty będą generować obowiązek doliczania wartości podatku VAT do wartości netto oferty, tj. w przypadku:*

* 1. *wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów,*
  2. *mechanizmu odwróconego obciążenia, o którym mowa w art. 17 ust. 1 pkt 7 ustawy o podatku od towarów i usług,*
  3. *importu usług lub importu towarów, z którymi wiąże się obowiązek doliczenia przez Zamawiającego podatku VAT przy porównywaniu cen ofertowych.*

1. Dane wykonawcy:

|  |  |
| --- | --- |
| *miejscowość, kod:* | *............................................................................................................* |
| *ulica:* | *............................................................................................................* |
| *województwo:* | *............................................................................................................* |
| *telefony:* | *............................................................................................................* |
| *fax.:* | *............................................................................................................* |
| *e-mail:* | *............................................................................................................* |

adres do korespondencji:*............................................................................................................*

1. Załącznikami do niniejszej oferty są:
   1. .............................................................................
   2. .............................................................................

Podpisano:

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

*(czytelny podpis upełnomocnionego przedstawiciela*

*lub imienna pieczątka + podpis)*

*Załącznik nr 1a*

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

*(pieczęć podmiotu)*

# FORMULARZ – OPIS PRZEDMIOTU OFERTY

**„Dostawa sprzętu medycznego – część 1” (oznaczenie sprawy: PPL.01.04.2025.DS1):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane minimalne parametry**  **techniczne urządzenia** | **Potwierdzam, że oferowany przedmiot spełnia wszystkie wymagania**  **Zamawiającego wynikające z Opisu**  **Przedmiotu Zamówienia**  *Wykonawca zobowiązany jest do potwierdzenia, że oferowany*  *przedmiot spełnia wymagania*  *(w każdym wierszu należy wpisać „TAK”)* | **Oferowany parametr**  **(podać zakres i opisać, jeśli dotyczy)** |
| **I** | **Holter ciśnieniowy** | | |
| 1. | producent, nazwa, typ: |  |  |
| 2. | pomiar metodą oscylometryczną ze stopniową deflacją |  |  |
| 3. | pomiar ciśnienia: skurczowego (SYS), rozkurczowego (DIA), HR centralnego (cSYS, cDIA, cAP, cAlx, cAlx@75), |  |  |
| 4. | zakres pomiaru ciśnienia: 25÷260mmHg (max. graniczne ciśnienie w układzie: 300mmHg) |  |  |
| 5. | dokładność pomiaru: +/-2% lub +/-3 ud./min. |  |  |
| 6. | ilość pomiarów: do 250 |  |  |
| 7. | zakres pomiaru tętna: 40÷200bpm |  |  |
| 8. | możliwość badania przez min 2 dni |  |  |
| 9. | komunikacja z komputerem za pomocą złącza micro USB |  |  |
| 10. | wyświetlacz LCD - podczas badania prezentacja ciśnienia skurczowego, rozkurczowego, pulsu i okresu badania |  |  |
| 11. | pomiar wg zaprogramowanego harmonogramu i ręczny na żądanie |  |  |
| 12. | oprogramowanie na PC- obsługa i instrukcja w języku polskim, możliwość eksportu plików.pdf, gdt, ascii |  |  |
| 13. | programowanie rejestratora przed badaniem z poziomu komputera |  |  |
| 14. | okresy pomiarowe - dzień, noc, oraz specjalne (maks. 24) z programowalnymi odstępami pomiędzy pomiarami: 5, 10, 15, 20, 30, 45, 60, 90, 120 min. |  |  |
| 15. | w zestawie rejestrator z przewodem powietrznym, 2 wielorazowe mankiety Orbit (w rozmiarach 2 i 3) z możliwością prania pokrowca, zastosowanie elastycznej siatki skutecznie zapobiegającej zsuwaniu się mankietu, etui z paskiem, baterie alkaliczne AA (2 szt.), kabel micro USB-USB do komunikacji z komputerem, oprogramowanie na PC w języku polskim, instrukcja obsługi w języku polskim |  |  |
| 16. | możliwość zastosowania innych wielkości i rodzajów mankietów. |  |  |
| 17. | przycisk (możliwość aktywacji) ręcznej obsługi rejestratora: włączanie/wyłączanie urządzenia, rozpoczęcie/przerwanie pomiaru, zmiana okresu pomiarowego (dzień/noc), sygnalizacja zdarzenia (np. podania leku) lub rozpoczęcie sekwencji reakcji na dawkę leku |  |  |
| **II** | **Bilirubinometr** | | |
| 1. | producent, nazwa, typ: |  |  |
| 2. | natychmiastowy pomiar – wynik w ciągu ok. 2 sekund |  |  |
| 3. | pomiar bezinwazyjny, przezskórny, bez pobierania krwi |  |  |
| 4. | temperatura pracy: 5 – 40 st. C, temperatura przechowywania: od -20 do 55 st. C |  |  |
| 5. | błąd pomiaru maks. 1,5 mg/dl |  |  |
| 6. | zakres pomiarowy 0 – 25 mg/ dl. |  |  |
| 7. | pamięć min. 100 wyników, możliwość uśredniania 1–5 pomiarów |  |  |
| 8. | kolorowy ekran LCD o wielkości min. 3”, możliwość wpisania ID dziecka i personelu, wygaszacz ekranu |  |  |
| 9. | wbudowany akumulator oraz okienka kontrolne umożliwiające sprawdzenie poprawność kalibracji, sygnalizacja niskiego napięcia |  |  |
| 10. | stacja dokująca z ładowaniem |  |  |
| 11. | menu urządzenia i instrukcja obsługi w języku polskim |  |  |
| **III** | **Wózek inwalidzki dla dzieci i dorosłych** | | |
| 1. | producent, nazwa, typ: |  |  |
| 2. | maksymalny ciężar użytkownika 135 kg |  |  |
| 3. | rama aluminiowa malowana proszkowo, składana, z podwójnym krzyżakiem |  |  |
| 4. | dostępne szerokości siedziska 42 / 45 / 48 / 51 cm |  |  |
| 5. | szerokość zewnętrzna 62,5 / 65 / 67,5 / 70,5 cm |  |  |
| 6. | wysokość oparcia 45 cm |  |  |
| 7. | waga wózka od 13,5 kg |  |  |
| 8. | koła przednie 8″x1″ |  |  |
| 9. | koła tylne 24″ |  |  |
| 10. | hamulce dla użytkownika z regulacją docisku |  |  |
| 11. | hamulce dla asystenta |  |  |
| 12. | aluminiowe, lakierowane ciągi |  |  |
| 13. | łatwo zmywalna, odporna na zapalenie tapicerka |  |  |
| 14. | odchylane boczki z regulacją wysokości |  |  |
| 15. | odchylane i demontowane podnóżki z regulacją wysokości |  |  |
| 16. | składane w połowie oparcie |  |  |
| 17. | 3 stopniowy regulowany zagłówek w kształcie księżyca z możliwością dopasowania do kształtu głowy |  |  |
| 18. | możliwość złożenia do transportu (składane oparcie, koła na szybkozłączach, zdejmowane podnóżki) |  |  |
| 19. | zestaw narzędzi i pompka (koła pneumatyczne), kieszeń na drobiazgi |  |  |
| **IV** | **Aparat EKG** | | |
| 1. | producent, nazwa, typ: |  |  |
| 2. | równoczesna rejestracja 12 odprowadzeń EKG oraz ciągły pomiar i wyświetlanie częstości rytmu serca (HR), sygnał dźwiękowy tętna |  |  |
| 3. | częstotliwość próbkowania do 32 000Hz |  |  |
| 4. | detekcja kardiostymulatorów |  |  |
| 5. | wbudowany dotykowy wyświetlacz 10,1” o rozdzielczości 1280 x 800, wodoodporny |  |  |
| 6. | filtry: zakłóceń sieciowych (50-60Hz), zakłóceń mięśniowych (25; 35Hz), Izolinii (0,05-1,5Hz) |  |  |
| 7. | czułość[mm/mV]: 2,5; 5; 10; 20 |  |  |
| 8. | pamięć pozwalająca na przechowywanie do 100 000 badań |  |  |
| 9. | wydruk na papierze termicznym 210mm lub 112mm rolka lub składanka, prędkość wydruku [mm/s]: 5; 10; 12,5; 25; 50; 100 |  |  |
| 10. | zasobnik na dwie rolki papieru |  |  |
| 11. | możliwość druku na drukarce zewnętrznej (format A4) |  |  |
| 12. | możliwość wysyłania badania bezpośrednio z aparatu na wskazany adres e-mail |  |  |
| 13. | sygnalizacja odłączonych elektrod |  |  |
| 14. | zapis w trybie automatycznym lub ręcznym |  |  |
| 15. | zasilanie sieciowe i wbudowany akumulator umożliwiający pracę do 8 godzin |  |  |
| 16. | funkcja exportu i importu badań: HL7, DICOM, Cloud, PDF, XML, SPC |  |  |
| **V** | **Fantom do nauki i samobadania piersi** | | |
| 1. | producent, nazwa, typ: |  |  |
| 2. | odpowiada naturalnej wielkości kobiecej piersi - miseczka C |  |  |
| 3. | rozmiar: 15,5cm x 11cm x 6cm (wys.) |  |  |
| 4. | książeczka instruktażowa z zakresu nauki samobadania piersi |  |  |
| 5. | wykonany z półpłynnego silikonu medycznego, |  |  |
| 6. | zawiera 3 guzki różnej wielkości i postaci, imitujące nieprawidłowości, jakie mogą wystąpić w kobiecej piersi |  |  |
| **VI** | **Doppler** | | |
| 1. | producent, nazwa, typ: |  |  |
| 2. | dwukierunkowy doppler (przepływomierz) ręczny, przenośny, z sondą 5 MHz |  |  |
| 3. | wyposażony w kolorowy ekran umożliwiający szeroki kąt widzenia – min. 170°, wyświetlanie przebiegu krzywych i wartości liczbowych tętna |  |  |
| 4. | posiada dwa tryby badania, dla żył i tętnic |  |  |
| 5. | funkcja pamięci wewnętrznej umożliwia zapamiętywanie badania i jego powtórne odtworzenie a także przewijanie wykresu w czasie badania w zakresie min. +/- 20 s. |  |  |
| 6. | wyposażony w kartę SD, która umożliwia zapisywanie danych badania z dźwiękiem oraz data i czasem przeprowadzenia |  |  |
| 7. | możliwość współpracy z sondami: 2MHz , 3MHz, 4MHz , 5MHz , 8MHz , 10MHz, szeroko wiązkowa 8 MHz oraz sondami śródoperacyjnymi |  |  |
| 8. | wbudowany cyfrowy filtr akustyczny redukujący niepożądane odgłosy zakłócające badanie (np. „trzaski” spowodowane aplikacją żelu) |  |  |
| 9. | wodoszczelna sonda |  |  |
| 10. | sonda zamontowana na elastycznym, kręconym i wodoszczelnym kablu |  |  |
| 11. | częstotliwość pracy sondy w zestawie 8 MHz |  |  |
| 12. | waga max. 310g (z baterią) |  |  |
| 13. | max. wymiary: 140x 75x 30 mm (długość x szerokość x grubość) |  |  |
| 14. | wbudowane złącze USB umożliwiające podłączenie do komputera lub bezpośrednio do drukarki oraz umożliwiające ładowanie urządzenia |  |  |
| 15. | złącze słuchawkowe „mini jack” |  |  |
| 16. | wbudowany głośnik |  |  |
| 17. | możliwość współpracy z słuchawkami stereo |  |  |
| 18. | zasilanie z baterii 2 x AA alkalicznych lub akumulatorków, akumulatorki w zestawie |  |  |
| 19. | oszczędzanie energii - automatyczne wyłączenie po zakończeniu badania i braku sygnału Dopplera, min. 500 1-min. badań na jednym ładowaniu |  |  |
| 20. | na wyposażeniu ładowarka klasy medycznej, mini USB, etui, żel, instrukcja obsługi w języku polskim, płyta CD z materiałem edukacyjnym, torba umożliwiająca przechowanie zestawu |  |  |
| **VII** | **E-stetoskop** | | |
| 1. | producent, nazwa, typ: |  |  |
| 2. | pozwala na zbieranie danych osłuchowych przez pacjenta w warunkach domowych |  |  |
| 3. | wysoka jakość odsłuchu |  |  |
| 4. | inteligentna analiza i identyfikacja dźwięków oddechowych (np. furczenia, świsty, rzężenia drobnobańkowe, rzężenia grubobańkowe), |  |  |
| 5. | dokonywanie pomiarów częstości oddechu (RR), stosunku czasu trwania wdechu do wydechu (I/E ratio) oraz tętna (BPM), |  |  |
| 6. | ergonomiczny design i intuicyjny interfejs |  |  |
| 7. | współpraca z aplikacją mobilną (na urządzeniu typu tablet lub smartfon) do pobrania ze sklepu Google Play lub App Store (nagrywanie i analizowanie dźwięków, tworzenie historii medycznej oraz udostępnianie wyników |  |  |
| **VIII** | **Aparat do szybkiej diagnostyki, różne testy w tym CRP** | | |
| 1. | producent, nazwa, typ: |  |  |
| 2. | urządzenie elektrooptyczne służące do analizy próbek moczu przy użyciu zaawansowanych pasków testowych |  |  |
| 3. | źródło światła: biała dioda LED |  |  |
| 4. | wyświetlacz: 2,4" kolorowy LCD |  |  |
| 5. | w pełni automatyczna procedura testowa z podpowiedzią akustyczną |  |  |
| 6. | parametry testowe: GLU, BIL, SG, KET, BLD, PRO, URO, NIT, LEU, VC, PH, MAL, CR, UCA (opcjonalnie w zależności od rodzaju paska testowego) |  |  |
| 7. | zasada testu: RGB tricolor |  |  |
| 8. | Powtarzalność i stabilność : CV≤1% |  |  |
| 9. | prędkość testu: ≥60 testów / godzinę |  |  |
| 10. | przechowywanie danych: 500 przykładowych danych według daty testu, numeru próbki i nazwy |  |  |
| 11. | interfejs: standardowy interfejs micro USB, interfejs Bluetooth (opcjonalny) |  |  |
| 12. | zasilanie: DC 5V, 1A, wbudowany akumulator litowy |  |  |
| **IX** | **Wizualizator naczyniowy** | | |
| 1. | producent, nazwa, typ: |  |  |
| 2. | rodzaj: bezkontaktowe urządzenie medyczne do iluminacji naczyniowej, bezinwazyjny, bezbolesny |  |  |
| 3. | możliwość pracy w wersji ręcznej lub na statywie biurkowym |  |  |
| 4. | projekcja żył dzięki promieniowaniu podczerwonym i laserowemu |  |  |
| 5. | typ światła: bliska podczerwień |  |  |
| 6. | odległość projekcji: 29 cm ～ 31 cm |  |  |
| 7. | różne kolory projekcji |  |  |
| 8. | możliwość odwrócenia kolorów |  |  |
| 9. | projekcja światła: 300lux ～ 1000lux |  |  |
| 10. | aktywne promieniowanie - światło o długości fali: 750 nm ～ 980 nm |  |  |
| 11. | zasilanie: polimerowa bateria litowo-jonowa, napięcie: DC 3,0 V ～ 4,2 V |  |  |
| 12. | czas pracy: około 1h |  |  |
| 13. | w zestawie: skaner żył, statyw biurkowy, zasilacz, instrukcja w języku polskim, pilot, marker do zaznaczania żył |  |  |
| **X** | **Meble medyczne – stojak na kroplówki** | | |
| 1. | producent, nazwa, typ: |  |  |
| 2. | regulacja wysokości w zakresie min. 1100 – max. 2000 mm |  |  |
| 3. | podstawa: pięcionóg z kółkami jezdnymi, regulacja poprzez układ zaciskowy |  |  |
| 4. | 4 wieszaki na płyny infuzyjne |  |  |
| 5. | wykonany ze stali nierdzewnej, malowany proszkowo |  |  |
| 6. | średnica podstawy 680 mm |  |  |

......................, data ………… 2025 r.

Podpisano:

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

*(czytelny podpis upełnomocnionego przedstawiciela*

*lub imienna pieczątka + podpis)*

*Załącznik nr 2*

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

*(pieczęć podmiotu)*

# OŚWIADCZENIE

# O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe dotyczące zadnia pn.: **„****Dostawa sprzętu medycznego – część 1” (oznaczenie sprawy: PPL.01.04.2025.DS1)** oświadczamy, że nie jesteśmy powiązani z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo.

*Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzaniem procedury wyboru Wykonawcy, a Wykonawcą, polegające w szczególności na:*

*a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,*

1. *posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji,*
2. *pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,*
3. *pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli,*
4. *istnieniu relacji gospodarczych lub osobowych pomiędzy wykonawcą a beneficjentem, w ramach której jeden z wymienionych podmiotów wywiera dominujący wpływ na drugi, przy czym dominujący wpływ istnieje również wówczas, gdy beneficjent i wykonawca pozostają w takich relacjach z osobą fizyczną lub grupą osób fizycznych działających wspólnie.*

Jednocześnie, w związku z przepisem art. 1 pkt 3 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. z 2022 r. poz. 835), oświadczamy, iż nie jesteśmy podmiotem umieszczonym (lub powiązanym z nim) na liście prowadzonej przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych. Lista została opublikowana w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji pod linkiem: https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami. \*

*\* w przypadku ofert wspólnych (konsorcjum lub spółki cywilnej) bezwzględnie przedmiotowe oświadczenie w swoim imieniu składa każdy z Wykonawców.*

......................, data ………… 2025 r.

Podpisano:

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

*(czytelny podpis upełnomocnionego przedstawiciela*

*lub imienna pieczątka + podpis)*

*Załącznik nr 3*

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

*(pieczęć podmiotu)*

# FORMULARZ CENOWY

**„Dostawa sprzętu medycznego – część 1” (oznaczenie sprawy: PPL.01.04.2025.DS1)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Poz.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **J.m.** | **Cena jedn. netto za sztukę (zł)** | **Stawka VAT (%)** | **Cena jednostkowa brutto za sztukę (zł)** | **Cena brutto ogółem (zł)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7 = 5 + (5\*6)* | *8 = 3 \* 7* |
| 1. | holter ciśnieniowy | 1 | szt. |  |  |  |  |
| 2. | bilirubinometr | 1 | szt. |  |  |  |  |
| 3. | wózek inwalidzki dla dzieci i dorosłych | 1 | szt. |  |  |  |  |
| 4. | aparat EKG | 1 | szt. |  |  |  |  |
| 5. | fantom do nauki i samobadania piersi | 1 | szt. |  |  |  |  |
| 6. | doppler | 1 | szt. |  |  |  |  |
| 7. | e-stetoskop | 1 | szt. |  |  |  |  |
| 8. | aparat do szybkiej diagnostyki, różne testy w tym CRP | 1 | szt. |  |  |  |  |
| 9. | wizualizator naczyniowy | 1 | szt. |  |  |  |  |
| 10. | meble medyczne – stojak na kroplówki | 1 | szt. |  |  |  |  |
| **ŁĄCZNIE BRUTTO** | | | | | | |  |

SŁOWNIE ŁĄCZNIE BRUTTO :

………………………………………………………………………………………………………. zł

......................, data ………… 2025 r.

Podpisano:

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

*(czytelny podpis upełnomocnionego przedstawiciela*

*lub imienna pieczątka + podpis)*