*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 2”** (oznaczenie sprawy: PPL.02.04.2025.DS2):

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. | **Pulsoksymetr nr 1** - min. 6 m-cy |  |
| 2. | **Pulsoksymetr nr 2** - min. 6 m-cy |  |
| 3. | **Tablice Isihary** - min. 6 m-cy |  |
| 4. | **Nebulizator** - min. 36 m-cy |  |
| 5. | **Dermatoskop** - min. 36 m-cy |  |
| 6. | **Oczyszczacz powietrza** - min. 12 m-cy |  |
| 7. | **Lampa diagnostyczna bezcieniowa** - min. 12 m-cy |  |
| 8. | **Termometr elektroniczny** - min. 24 m-ce |  |
| 9. | **Aparat EKG** - min. 36 m-cy |  |
| 10. | **Lampa UV bakterio- i wirusobójcza** - min. 24 m-ce |  |

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 2” (oznaczenie sprawy: PPL.02.04.2025.DS2):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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** | **Pulsoksymetr nr 1** | | |
| 1. | producent, nazwa, typ: |  |  |
| 2. | rodzaj: pulsoksymetr napalcowy |  |  |
| 3. | zakres pomiaru SpO2: 0 ~ 100% |  |  |
| 4. | dokładność: SpO2 w zakresie 70% ～ 100% ： ± 2%, |  |  |
| 5. | zakres pomiaru tętna: 30bpm ~ 250bpm, dokładność pomiaru tętna: ± 2% |  |  |
| 6. | odchylenie między wartością zmierzoną w warunkach światła sztucznego lub naturalnego światła w pomieszczeniu a ciemnią jest mniejsze niż ± 1%. |  |  |
| 7. | ekran OLED wyświetlający obraz w czterech płaszczyznach |  |  |
| 8. | wyświetlanie wartości SpO2 oraz tętna |  |  |
| 9. | wykres słupkowy oraz liniowy |  |  |
| 10. | zasilanie: baterie alkaliczne 1,5 V (rozmiar AAA) × 2; praca nieprzerwana przez 24 godzin, automatyczne wyłączenie w ciągu 5 sekund od wyjęcia palca |  |  |
| 11. | etui, smycz oraz baterie w komplecie |  |  |
| 12. | aplikacja na android oraz IOS w języku polskim z interpretacją wyników, możliwość połączenia z telefonem przez Bluetooth |  |  |
| **II** | **Pulsoksymetr nr 2** | | |
| 1. | producent, nazwa, typ: |  |  |
| 2. | rodzaj: pulsoksymetr stacjonarny dla dorosłych, dzieci i noworodków |  |  |
| 3. | możliwość pomiaru: temperatury, pulsu [PR], saturacji - wysycenia krwi tlenem [SpO2], wartości indeksu perfuzji [PI], |  |  |
| 4. | detekcja podstawowych arytmi: częstoskurczu i wolnego rytmu pracy serca |  |  |
| 5. | alarmy pulsu i saturacji |  |  |
| 6. | obrazowanie krzywej pletyzmograficznej |  |  |
| 7. | wskaźnik słupkowy siły pulsu |  |  |
| 8. | wielokierunkowy 3.5" wyświetlacz LCD TFT |  |  |
| 9. | menu oraz instrukcja obsługi pulsoksymetru w języku polskim |  |  |
| 10. | dołączone sensory SpO2 dla dorosłych, dzieci i noworodków |  |  |
| 11. | zapis zmierzonych wartości pulsu i saturacji |  |  |
| 12. | możliwość przesyła i analizy pomiarów na PC dzięki załączonemu kablowi USB |  |  |
| 13. | możliwość obserwacji pomiarów w czasie rzeczywistym na urządzeniach z Bluetooth i systemem Android |  |  |
| 14. | zasilanie akumulatorowe i sieciowe, pulsoksymetr ze stacją dokującą / ładującą, termometrem, sensorami SpO2 |  |  |
| 15. | w zestawie: pulsoksymetr, zasilacz i przewód, stacja dokująca, sensor dla dorosłych, sensor dla dzieci, sensor noworodkowy |  |  |
| **III** | **Tablice Isihary** | | |
| 1. | producent, nazwa, typ: |  |  |
| 2. | księga 24 tablic do diagnozowania różnych zaburzeń widzenia barw |  |  |
| 3. | test odpowiedni dla dzieci oraz osób nieczytających |  |  |
| 4. | tablice z prostymi, geometrycznymi kształtami |  |  |
| 5. | umożliwia wykrycie protanapii/protanomalii i deuteranopii/deuteranomalii |  |  |
| **IV** | **Nebulizator** | | |
| 1. | producent, nazwa, typ: |  |  |
| 2. | możliwość stosowania zarówno u dorosłych, jak i u dzieci |  |  |
| 3. | powietrze zewnętrzne zasysane przez filtr porex |  |  |
| 4. | 4 tryby pracy nebulizatora:  - cząsteczki większe niż 7 μm  - cząsteczki większe niż 5 μm  - cząsteczki między 3 a 4 μm  - cząsteczki między 2 a 3 μm |  |  |
| 5. | inhalator wraz z zestawem akcesoriów oraz nebulizatorem, inhalator zabezpieczony dodatkiem antybakteryjnym, komora do przechowywania akcesoriów w sprzęcie |  |  |
| 6. | kompresor przystosowany do ciągłej i długotrwałej pracy |  |  |
| **V** | **Dermatoskop** | | |
| 1. | producent, nazwa, typ: |  |  |
| 2. | 10-krotne powiększenie dzięki achromatycznej soczewce |  |  |
| 3. | dwa szkła kontaktowe (ze skalą 0-10 mm i bez skali) – możliwość autoklawowania |  |  |
| 4. | rękojeść typu C z płynną regulacją intensywności oświetlenia |  |  |
| 5. | wybór pomiędzy światłem ledowym 3.5 V LED lub światłem halogenowym 2.5 V XL |  |  |
| 6. | funkcja auto wyłączania po 180 sek. |  |  |
| 7. | chromowana, metalowa obudowa z szybkozłączem bagnetowym |  |  |
| 8. | zasilanie bateryjne R14 |  |  |
| **VI** | **Oczyszczacz powietrza** | | |
| 1. | producent, nazwa, typ: |  |  |
| 2. | 5-stopniowa filtracja, 4 tryby pracy w tym automatyczny |  |  |
| 3. | filtr HEPA H13 |  |  |
| 4. | lampa UV-C |  |  |
| 5. | generator jonów ujemnych |  |  |
| 6. | 4-kolorowy wskaźnik jakości powietrza |  |  |
| 7. | obsługa pomieszczeń do 80 m², |  |  |
| 8. | właściwości: bakteriobójcze, wirusobójcze, grzybobójcze, absorbcja formaldehydu, aromaterapia, sterylizacja UV |  |  |
| 9. | moc: 48W |  |  |
| 10. | czujnik jakości powietrza, wskaźnik temperatury i wilgotności w pomieszczeniu |  |  |
| 11. | Wi-Fi, sterowanie zdalne przez aplikację, automatyczne włączanie i wyłączanie |  |  |
| 12. | timer (1h, 3h, 7h) |  |  |
| 13. | obrotowe kółka do łatwego przemieszczania |  |  |
| 14. | wydajność CADR 700 m3/h |  |  |
| **VII** | **Lampa diagnostyczna bezcieniowa** | | |
| 1. | producent, nazwa, typ: |  |  |
| 2. | rodzaj: lampa mobilna na stelażu z kółkami jezdnymi |  |  |
| 3. | natężenie światła: 60 000 lux z odległości 1 m |  |  |
| 4. | zakres regulacji natężenia oświetlenia 50-100% |  |  |
| 5. | bezdotykowa regulacja natężenia (3-stopniowa) |  |  |
| 6. | sterylizowalny uchwyt do manewrowania kopułą |  |  |
| 7. | ruchoma konstrukcja: pełen obrót, wieloosiowe ustawienie |  |  |
| 8. | temperatura barwowa: 4400K |  |  |
| 9. | średnica pola roboczego d10: 210mm |  |  |
| 10. | średnica pola roboczego d50: 110mm |  |  |
| 11. | wskaźnik oddawania barw: 96 Ra |  |  |
| 12. | pobór mocy: 20W, ilość diod 18 LED |  |  |
| 13. | stopień ochrony obudowy: IP20 |  |  |
| **VIII** | **Termometr elektroniczny** | | |
| 1. | producent, nazwa, typ: |  |  |
| 2. | rodzaj: bezdotykowy, na podczerwień |  |  |
| 3. | pomiar bezdotykowy z odległości ok. 5 cm od czoła osoby badanej |  |  |
| 4. | kolorowa interpretacja temperatury, |  |  |
| 5. | pamięć 50 pomiarów, |  |  |
| 6. | tryb cichy |  |  |
| 7. | alarm gorączki |  |  |
| 8. | automatyczne wyłączenie |  |  |
| 9. | wskaźnik zużycia baterii |  |  |
| **IX** | **Aparat EKG** | | |
| 1. | producent, nazwa, typ: |  |  |
| 2. | rodzaj: przenośny |  |  |
| 3. | możliwość pracy w trybie 12- lub 15-odprowadzeniowego EKG spoczynkowego |  |  |
| 4. | opcje przewodów 10/13 żyłowych |  |  |
| 5. | komunikacja bezprzewodowa (bluetooth) lub za pomocą przewodu USB |  |  |
| 6. | oprogramowanie Windows/Android/IOS |  |  |
| 7. | osłona chroniąca przed wodą i pyłem (IP42 z silikonową powłoką), odporność na upadek z min. 1 m pod każdym kątem |  |  |
| 8. | min 10 h pracy ciągłej na baterii |  |  |
| 9. | jednoczesny podgląd na ekranie laptopa/tabletu na min. 12 lub 15 odprowadzeń oraz krzywej rytmu (do 30 minut) |  |  |
| 10. | wewnętrzna pamięć min 1000 zapisów EKG |  |  |
| 11. | możliwość stosowania zarówno u dorosłych, jak i u dzieci |  |  |
| 12. | cyfrowy system zapisu i rejestracji EKG dla zaawansowanych zastosowań |  |  |
| **X** | **Lampa UV bakterio- i wirusobójcza** | | |
| 1. | producent, nazwa, typ: |  |  |
| 2. | funkcja przepływowej dezynfekcji powietrza |  |  |
| 3. | funkcja dwukierunkowej bezpośredniej dezynfekcji powierzchni |  |  |
| 4. | moc nominalna 144W |  |  |
| 5. | licznik czasu pracy |  |  |
| 6. | rodzaj światła: ultrafioletowe UV-C |  |  |
| 7. | przepływ powietrza: 200 m3/h |  |  |
| 8. | kolor: obudowa biały mat, front srebrny ocynkowany |  |  |
| 9. | filtr przeciwkurzowy, miejsce na filtr HEPA |  |  |
| 10. | żywotność źródła światła: 9000h |  |  |
| 11. | maksymalna kubatura dezynfekowanego pomieszczenia przy dezynfekcji przepływowej ok. 120 m3 |  |  |
| 12. | powierzchnia naświetlania przy dezynfekcji bezpośredniej z odległości 1m - 7 m2 |  |  |
| 13. | napięcie zasilające: 220-240V |  |  |
| 14. | stopień szczelności: IP20 |  |  |
| 15. | przewód zasilający: min. 3 m |  |  |
| 16. | włącznik on-off |  |  |

......................, 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 2” (oznaczenie sprawy: PPL.02.04.2025.DS2)** 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 2” (oznaczenie sprawy: PPL.02.04.2025.DS2)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | pulsoksymetr nr 1 | 3 | szt. |  |  |  |  |
| 2. | pulsoksymetr nr 2 | 2 | szt. |  |  |  |  |
| 3. | tablice Isihary | 1 | szt. |  |  |  |  |
| 4. | nebulizator | 2 | szt. |  |  |  |  |
| 5. | dermatoskop | 1 | szt. |  |  |  |  |
| 6. | oczyszczacz powietrza | 1 | szt. |  |  |  |  |
| 7. | lampa diagnostyczna bezcieniowa | 1 | szt. |  |  |  |  |
| 8. | termometr elektroniczny | 2 | szt. |  |  |  |  |
| 9. | aparat EKG | 1 | szt. |  |  |  |  |
| 10. | lampa UV bakterio- i wirusobójcza | 1 | szt. |  |  |  |  |
| **ŁĄCZNIE BRUTTO** | | | | | | |  |

SŁOWNIE ŁĄCZNIE BRUTTO :

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

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

Podpisano:

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

*(czytelny podpis upełnomocnionego przedstawiciela*

*lub imienna pieczątka + podpis)*