*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 3”** (oznaczenie sprawy: PPL.03.04.2025.DS3):

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. | **Meble medyczne - ławka 3-osobowa** - min. 12 m-cy |  |
| 2. | **Meble medyczne - ławka 4-osobowa** - min. 12 m-cy |  |
| 3. | **Meble medyczne – fotel lekarski** - min. 12 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 3” (oznaczenie sprawy: PPL.03.04.2025.DS3):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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** | **Meble medyczne - ławka 3-osobowa** | | |
| 1. | producent, nazwa, typ: |  |  |
| 2. | rodzaj: ławka poczekalniowa, bez podłokietników 3-osobowa |  |  |
| 3. | siedzisko i oparcie stanowią dwa osobne elementy |  |  |
| 4. | siedzisko i oparcie z trudnopalnego tworzywa, możliwość wyboru koloru, oparcie w całości o kształcie zbliżonym do prostokąta wyoblone w dwóch płaszczyznach, siedzisko wykończone od spodu plastikowym panelem maskującym |  |  |
| 5. | wymiary siedziska: szer. 455 mm, gł. 460 mm, wys. 410 mm |  |  |
| 6. | wymiary oparcia: szer. 450 mm, wys. 370 mm |  |  |
| 7. | szczelina 25 mm między oparciem a siedziskiem |  |  |
| 8. | wymiary zewnętrzne ławki: szer. 1685 mm, gł. 550 mm, wys. 820 mm |  |  |
| 9. | stelaż stalowy malowany proszkowo na czarno, nogi z czarnego nylonowego polimeru w kształcie odwróconej litery V |  |  |
| 10. | sprawozdanie z badań dotyczące zgodności produktu z normą PN-EN 1022:2019-03, PN-EN 12727:2016-12, PN-EN 13200-4:2007, PN-EN 16139:2013-07/AC:2013-09 w zakresie wymagań wytrzymałościowych i bezpiecznych rozwiązań konstrukcyjnych potwierdzające m.in. wytrzymałość na obciążenie siedziska 200 kg wystawione przez niezależne laboratorium badawcze akredytowane przez Polskie Centrum Akredytacji ( PCA ) lub inne jednostki akredytujące działające na ternie UE wskazane na skutek Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej NR 765/2008 z dnia 9 lipca 2008 r., Sprawozdanie z badań zapalności plastiku wystawione przez niezależną jednostkę badawczą dotyczące zgodności produktu z wymaganiami norm PN-EN 1021-1:2014 oraz PN-EN 1021-2:2014 |  |  |
| 11. | producent siedzisk musi posiadać i dostarczyć certyfikat ISO 9001 oraz ISO 14001 |  |  |
| **II** | **Meble medyczne - ławka 4-osobowa** | | |
| 1. | producent, nazwa, typ: |  |  |
| 2. | rodzaj: ławka poczekalniowa, bez podłokietników 4-osobowa |  |  |
| 3. | siedzisko i oparcie stanowią dwa osobne elementy |  |  |
| 4. | siedzisko i oparcie z trudnopalnego tworzywa, możliwość wyboru koloru, oparcie w całości o kształcie zbliżonym do prostokąta wyoblone w dwóch płaszczyznach, siedzisko wykończone od spodu plastikowym panelem maskującym |  |  |
| 5. | wymiary siedziska: szer. 455 mm, gł. 460 mm, wys. 410 mm |  |  |
| 6. | wymiary oparcia: szer. 450 mm, wys. 370 mm |  |  |
| 7. | szczelina 25 mm między oparciem a siedziskiem |  |  |
| 8. | wymiary zewnętrzne ławki: szer. 2155 mm, gł. 550 mm, wys. 820 mm |  |  |
| 9. | stelaż stalowy malowany proszkowo na czarno, nogi z czarnego nylonowego polimeru w kształcie odwróconej litery V |  |  |
| 10. | sprawozdanie z badań dotyczące zgodności produktu z normą PN-EN 1022:2019-03, PN-EN 12727:2016-12, PN-EN 13200-4:2007, PN-EN 16139:2013-07/AC:2013-09 w zakresie wymagań wytrzymałościowych i bezpiecznych rozwiązań konstrukcyjnych potwierdzające m.in. wytrzymałość na obciążenie siedziska 200 kg wystawione przez niezależne laboratorium badawcze akredytowane przez Polskie Centrum Akredytacji ( PCA ) lub inne jednostki akredytujące działające na ternie UE wskazane na skutek Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej NR 765/2008 z dnia 9 lipca 2008 r., Sprawozdanie z badań zapalności plastiku wystawione przez niezależną jednostkę badawczą dotyczące zgodności produktu z wymaganiami norm PN-EN 1021-1:2014 oraz PN-EN 1021-2:2014 |  |  |
| 11. | producent siedzisk musi posiadać i dostarczyć certyfikat ISO 9001 oraz ISO 14001 |  |  |
| **III** | **Meble medyczne – fotel lekarski** | | |
| 1. | producent, nazwa, typ: |  |  |
| 2. | mechanizm synchroniczny z blokadą oparcia w 4 położeniach, regulacja głębokości siedziska, regulacja wysokości oparcia, regulowany zagłówek, podłokietniki, kółka DEMAD, tapicerka zmywalna |  |  |
| 3. | mechanizm synchroniczny z wysuwem siedziska w zakresie 58 mm obsługiwany dwoma symetrycznymi dźwigniami z szybkim dopasowaniem do ciężaru siedzącego i z możliwością blokowania oparcia w czterech pozycjach, regulacja sprężyny oparcia za pomocą bocznego pokrętła, nie dopuszcza się zastosowania pionowej sprężyny pod siedziskiem |  |  |
| 4. | wysokość całkowita 1215 mm-1445 mm, szerokość całkowita 695 mm, głębokość całkowita 680 mm, szerokość oparcia 470 mm, średnica podstawy 700 mm |  |  |
| 5. | szerokość siedziska 460 mm, głębokość siedziska 470 mm, wysokość oparcia 530-600 mm, wysokość zagłówka 180 mm – 270 mm |  |  |
| 6. | regulacja wysokości podłokietników 190 mm – 270 mm, regulacja wysokości siedziska 440 mm – 550 mm |  |  |
| 7. | siedzisko i oparcie na bazie sklejki z pianki wylewanej (nie dopuszcza się pianki ciętej), tapicerowane tkaniną, tył oparcia w ¾ od dołu przykryty plastikową czarną maskownicą , w górnej części tapicerowany |  |  |
| 8. | jakość materiału o parametrach nie gorszych niż: 300 000 cykli ścieralności, trudnopalność, odporność na urynę i krew, właściwości bakteriostatyczne, duża odporność na różnice temperatury, odporność na światło min. 5, gramatura 650 g/m2, właściwości zmywalne |  |  |
| 9. | regulowany dwupłaszczyznowo (wysokość 60 mm, odchylenie do 75°) zagłówek wykończony skórą i plastikiem, mechanizm ukryty) |  |  |
| 10. | podłokietniki regulowane (wysokość 80 mm) z miękkimi nakładkami z PU |  |  |
| 11. | oparcie regulowane mechanizmem zapadkowym (zakres 70 mm) |  |  |
| 12. | miękkie kółka (fi 65) na twardą powierzchnię, podstawa pięcioramienna nylonowa |  |  |

......................, 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 3” (oznaczenie sprawy: PPL.03.04.2025.DS3)** 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 3” (oznaczenie sprawy: PPL.03.04.2025.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. | meble medyczne - ławka 3-osobowa | 2 | szt. |  |  |  |  |
| 2. | meble medyczne - ławka 4-osobowa | 2 | szt. |  |  |  |  |
| 3. | meble medyczne – fotel lekarski | 3 | szt. |  |  |  |  |
| **ŁĄCZNIE BRUTTO** | | | | | | |  |

SŁOWNIE ŁĄCZNIE BRUTTO :

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

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

Podpisano:

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

*(czytelny podpis upełnomocnionego przedstawiciela*

*lub imienna pieczątka + podpis)*