*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 4”** (oznaczenie sprawy: PPL.04.04.2025.DS4):

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.  | **Termometr elektroniczny** - min. 12 m-cy |   |
| 2. | **Otoskop** - min. 24 m-ce |  |
| 3. | **Aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego** - min. 12 m-cy |  |
| 4. | **Aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego** - min. 12 m-cy |  |
| 5. | **Aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego** - 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 4” (oznaczenie sprawy: PPL.04.04.2025.DS4):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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** | **Termometr elektroniczny** |
| 1.  | producent, nazwa, typ: |  |
| 2.  | rodzaj: termometr elektroniczny bezdotykowy |  |  |
| 3.  | zakres pomiaru od 22oC do 44oC, zakres błędu pomiarowego ±0.2 oC |  |  |
| 4.  | pamięć na 30 pomiarów wstecz |  |  |
| 5. | czas pomiaru 1-2 sekund |  |  |
| 6. | odległość pomiaru 3-7 cm |  |  |
| 7. | zasilanie dwie baterie AA (na około 3000 pomiarów) |  |  |
| **II** | **Otoskop** |
| 1. | producent, nazwa, typ: |  |
| 2.  | możliwość przeprowadzenia testu pneumatycznego  |  |  |
| 3.  | szklana optyka  |  |  |
| 4.  | obrotowa lupka z 3-krotnym powiększeniem  |  |  |
| 5. | jasne świetlenie światłowodowe LED 2,5 V, natężenie oświetlenia do 100 000 Ix  |  |  |
| 6. | redukcja refleksów świetlnych, równomierne oświetlenie.  |  |  |
| 7. | w zestawie dodatkowe wzierniki uszne wielokrotnego użytku (1 x 2,0 mm; 3 x 2,5 mm; 1 x 3,0 mm, 3 x 4,0 mm; 1 x 5,0 mm |  |  |
| 8. | twarde etui |  |  |
| 9. | rękojeść typu C zasilana bateriami z elektronicznym potencjometrem do płynnej regulacji natężenia światła i funkcją automatycznego wyłączania po 180 sek., diody sygnalizujące włączenie/wyłączenie |  |  |
| **III** | **Aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego** |
| 1. | producent, nazwa, typ: |  |
| 2.  | rodzaj: ciśnieniomierz zegarowy |  |  |
| 3.  | skala pomiarowa: ok.15 cm |  |  |
| 4.  | zakres pomiarowy od 0 do 300 mm Hg, z podziałką co 2 mm |  |  |
| 5. | 3 metrowy wąż łączący mankiet |  |  |
| 6. | skala pomiarowa wykonana w odpowiednio kontrastowej kolorystyce zapewniającej możliwość łatwego odczytu nawet z odległości kilku metrów |  |  |
| 7. | koszyk na akcesoria zintegrowany z ciśnieniomierzem |  |  |
| 8. | chromowany zawór spustowy wyposażony w system antykurzowy |  |  |
| 9. | mikrofiltry zabezpieczające system pomiarowy |  |  |
| 10. | utwardzana berylem i miedzią membrana |  |  |
| 11. | maksymalny błąd pomiarowy +/- 3 mm Hg |  |  |
| 12. | nie wymaga zerowania |  |  |
| 13. | w komplecie z mankietem |  |  |
| 14. | walidacja kliniczna BHS |  |  |
| **IV** | **Aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego** |
| 1. | producent, nazwa, typ: |  |
| 2.  | rodzaj: ciśnieniomierz zegarowy |  |  |
| 3.  | odporny na wstrząsy - obudowa wykonana z twardego, odpornego na upadki tworzywa |  |  |
| 4.  | skala pomiarowa: 52 mm, fluorescencyjna |  |  |
| 5. | maksymalny błąd pomiarowy +/- 3 mm Hg |  |  |
| 6. | metalowy zawór spustowy, |  |  |
| 7. | w komplecie: mankiet nadający się do dezynfekcji, etui z tworzywa |  |  |
| 8. | walidacja kliniczna BHS |  |  |
| **V** | **Aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego** |
| 1. | producent, nazwa, typ: |  |
| 2.  | rodzaj: ciśnieniomierz przenośny, elektroniczny, walidowany klinicznie |  |  |
| 3.  | zakres pomiaru tętna: 40-199 uderzeń na minutę |  |  |
| 4.  | zakres systolicznego (skurczowego) ciśnienia krwi: 60 - 255 mmHg |  |  |
| 5. | zakres diastolicznego (rozkurczowego) ciśnienia krwi: 30 - 195 mmHg |  |  |
| 6. | maksymalne ciśnienie w mankiecie: 280 mmHg |  |  |
| 7. | dokładność pomiaru ciśnienia do 3 mmHg lub 2% wartości odczytu |  |  |
| 8. | funkcja wykrywania arytmii  |  |  |
| 9. | automatyczna diagnostyka |  |  |
| 10. | funkcja uśredniania pomiaru |  |  |
| 11. | podświetlany wyświetlacz |  |  |
| 12. | długość działania na jednym zestawie baterii: 200 pomiarów |  |  |
| 13. | zasilanie: baterie AA 1,5 V (dołączone) |  |  |
| 14. | pamięć: 400 pomiarów |  |  |
| 15. | automatyczne wyłączenie po 3 minutach bezczynności |  |  |
| 16. | mankiet w rozmiarze W |  |  |

......................, 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 4” (oznaczenie sprawy: PPL.04.04.2025.DS4)** 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 4” (oznaczenie sprawy: PPL.04.04.2025.DS4)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Termometr elektroniczny | 2 | szt. |  |  |  |  |
| 2. | Otoskop | 2 | szt. |  |  |  |  |
| 3. | Aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego | 1 | szt. |  |  |  |  |
| 4. | Aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego | 1 | szt. |  |  |  |  |
| 5. | Aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego | 1 | szt. |  |  |  |  |
| **ŁĄCZNIE BRUTTO**  |  |

SŁOWNIE ŁĄCZNIE BRUTTO :

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

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

Podpisano:

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

 *(czytelny podpis upełnomocnionego przedstawiciela*

  *lub imienna pieczątka + podpis)*