

(pieczęć adresowa wykonawcy)

**Załącznik nr 1 do SIWZ**

**Znak sprawy: DOA/250/14/NB/2020**

**FORMULARZ OFERTY – Część 3**

**Wózki i sprzęt medyczny**

**I. Przetarg nieograniczony pn.:**

**Dostawa aparatury, urządzeń i wyposażenia do Szpitala Psychiatrycznego**

**SPZOZ w Węgorzewie**

**II. Nazwa i adres wykonawcy:**

…………………………………………………..

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

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

NIP …………………………………………….

REGON……………………………………….

Wielkość przedsiębiorstwa:

❑ mikro ❑ małe ❑ średnie ❑ duże

(zaznaczyć odpowiednio)

Dane teleadresowe na które należy przekazywać korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem:

e-mail...........................................................

Osoba upoważniona na podstawie ................................ (wskazać rodzaj dokumentu np. KRS, CEDG, pełnomocnictwo itp.) do reprezentacji Wykonawcy/ów i podpisująca ofertę: …………………………………………….

Osoba do kontaktu z Zamawiającym ............................................................................

Adres do korespondencji (jeżeli inny niż adres siedziby): ………………………………………………………………………….

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego zgodnie z ustawą z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych pn.: **Dostawa aparatury, urządzeń i wyposażenia do Szpitala Psychiatrycznego SPZOZ w Węgorzewie - Wózki i sprzęt medyczny** oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia na warunkach określonych przez Zamawiającego oraz **zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia za łączną[[1]](#footnote-1) (wraz z należnym podatkiem VAT)** cenę ofertową **brutto …………………… zł**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia**  | **Ilość szt.** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość brutto** |
| **1** | **Wózek transportowo – kąpielowy** | **4** |  | **………. zł x 4 szt. = ……… zł** |
| **2** | **Podnośnik transportowo – kąpielowy** | **4** |  | **………. zł x 4 szt. = ……… zł** |
| **3** | **Wózek transportowy do przewozu leków** | **7** |  | **………. zł x 7 szt. = ……… zł** |
| **4** | **Wózek transportowy/ na materiały zabiegowe** | **7** |  | **………. zł x 7 szt. = ……… zł** |
| **5** | **Wózek transportowy/gastronomiczny** | **6** |  | **………. zł x 6 szt. = ……… zł** |
| **RAZEM** |  |

**INFORMUJEMY, ŻE** (właściwe zakreślić):

❑ wybór oferty **nie będzie** prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego;

❑ wybór oferty **będzie** prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w odniesieniu do następujących towarów i usług (w zależności od przedmiotu zamówienia):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa (rodzaj) towaru lub usługi | Wartość bez kwoty podatku |
|  |  |  |
|  |  |  |

Wartość towaru / usług powodująca obowiązek podatkowy u Zamawiającego to …………… zł netto\*[[2]](#footnote-2).

**Powyższe wypełnić tylko w przypadku, gdy:**

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

• wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów,

• importu usług lub importu towarów, z którymi wiąże się obowiązek doliczenia przez Zamawiającego przy porównywaniu cen ofertowych podatku VAT.

**Oferta wg pozostałych kryteriów (Rozdz. XIII SIWZ):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis kryterium**  | **Oferowany parametr** **Poz. 1 – Wpisać ilość miesięcy** |
| **1** | **Okres gwarancji**  |  |

**Opis przedmiotu zamówienia:**

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | **Asortyment/ opis przedmiotu zamówienia wraz z opisem wymaganych parametrów** |
| **1 - Wózek transportowo – kąpielowy – 4 szt.****(poniższe informacje wpisuje Wykonawca)****Rok produkcji:...................., Producent:....................., Model:....................** |
| 1 | Przeznaczenie – dla Szpitala Psychiatrycznego Samodzielnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie, ul. Gen. J. Bema 24, 11-600 WęgorzewoRealizacja zamówienia - Wykonawca dostarczy sprzęt do siedziby Zamawiającego, po wcześniejszym uzgodnieniu z Zamawiającym. |
| 2 | Budowa/działanie:1. maksymalny udźwig – min. 180kg,
2. wymiary zewnętrzne: dopuszczalny przedział szerokość 730mm x długość 2020mm (+/- 5%),
3. wymiar wanny: 560 mmx1860 mm (+/- 5%),
4. wysokość 810x1200 mm (+/- 5%),
5. wanna wykonana z PCV i zaopatrzona w odpływ wody,
6. z barierkami ze stali nierdzewnej,
7. min. 4 odbojniki,
8. przedział podnoszenia realizowany elektrycznie za pomocą pilota przewodowego : od 460mm do 1055mm (+/- 5%),
9. Anty Trendelenburg: przechył min. 10 stopni,
10. 4 koła z blokadą indywidualną,
11. średnica koła: od 150mm do 200mm,
12. materiał konstrukcji: stal nierdzewna malowana.
 |
| 3 | Wyposażenie min.:1. boczne i szczytowe poręcze regulowane w czterech blokowanych pozycjach w celu zapewnienia stabilności pacjenta podczas przybierania wody i jego zanurzania podczas kąpieli,
2. funkcja pochylenia pozwalającą usunąć wodę z pacjenta po kąpieli woda odprowadzana np. przewodami, drenami itp.,
3. regulowana wysokość elektrycznie - unoszenie na wysokość od 460mm do 1055mm,
4. niecka pochylająca się w bezpieczny sposób o min. 10 stopni (pacjent pozostaje w miejscu),
5. przewody lub dreny w materacu ułatwiające całkowite odprowadzanie nagromadzonej wody, która wypływa swobodnie przez ich kanaliki oraz wąż,
6. centralny system hamulców zapobiegający toczeniu się wózka w trakcie użytkowania,
7. poduszka wodoodporna.
 |
| Gwarancja: min. 24 miesiące |
| Wraz z dostawą Wykonawca dostarczy dokumentację urządzenia (instrukcję obsługi użytkownika, instrukcje podstawowej obsługi serwisowej, instrukcje bezpieczeństwa użytkownika), kartę gwarancyjną w języku polskim w wersji papierowej. |

Opis parametrów/rozwiązań równoważnych lub lepszych niż podane w specyfikacji: (wypełnić wg potrzeb, jeżeli dotyczy)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Parametru**  | **Opis parametrów w zaoferowanym sprzęcie**  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | **Asortyment/ opis przedmiotu zamówienia wraz z opisem wymaganych parametrów** |
| **2 - Podnośnik transportowo – kąpielowy – 4 szt.****(poniższe informacje wpisuje Wykonawca)****Rok produkcji:...................., Producent:....................., Model:....................** |
| 1 | Przeznaczenie – dla Szpitala Psychiatrycznego Samodzielnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie, ul. Gen. J. Bema 24, 11-600 WęgorzewoRealizacja zamówienia - Wykonawca dostarczy sprzęt do siedziby Zamawiającego, po wcześniejszym uzgodnieniu z Zamawiającym. |
| 2 | Podnośnik do łatwego transportu i podnoszenia pacjentów o wadze do 175 kg, automatyczny sterowany na pilota.Budowa/działanie:1. maksymalna ładowność min 175 kg,
2. standard ISO 10535: 2007 lub równoważny określający wymagania dla podnośników i układów podparcia ciała przeznaczonych do przemieszczania osób niepełnosprawnych,
3. części elektroniczne spełniają normy en-60601-1 i en-60601-1.2 lub równoważne określające normy dla medycznych urządzeń elektrycznych,
4. zabezpieczenie elektryczne ip x4 lub lepsze,
5. min. 200 cykli roboczych na naładowanej baterii,
6. zintegrowana ładowarka z wejściem o napięciu standardowym,
7. skrzynka sterująca z przyciskiem zatrzymania awaryjnego,
8. możliwość zewnętrznego ładowania baterii,
9. alarm dźwiękowy niskiego poziomu baterii,
10. funkcja ręcznego zwolnienia napędu,
11. wyściełany termoiniekcyjnie gumą wieszak,
12. pasy z systemem bezzwrotnym,
13. obrót wieszaka 360 °,
14. przewodowy panel sterujący,
15. siłownik wyjmowany ręcznie,
16. system umożliwiający podniesienie pacjenta z poziomu gruntu,
17. demontowalny do dwóch-trzech części,
18. konstrukcja stalowa pokryta farbą odporną na żółknięcie, przeznaczona do urządzeń elektrycznych,
19. konstrukcja zapobiegająca przenikaniu płynów do wnętrza konstrukcji,
20. podwójne koła z podporą i łożyskowaniem precyzyjnym,
21. sterownik skrzynkowy z wyłącznikiem awaryjnym i wymienną baterią.
 |
| 3 | Wyposażenie min.:1. nosidło.
 |
| Gwarancja: min. 24 miesiące |
| Wraz z dostawą Wykonawca dostarczy dokumentację urządzenia (instrukcję obsługi użytkownika, instrukcje podstawowej obsługi serwisowej, instrukcje bezpieczeństwa użytkownika), kartę gwarancyjną w języku polskim w wersji papierowej. |

Opis parametrów/rozwiązań równoważnych lub lepszych niż podane w specyfikacji: (wypełnić wg potrzeb, jeżeli dotyczy)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Parametru**  | **Opis parametrów w zaoferowanym sprzęcie**  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | **Asortyment/ opis przedmiotu zamówienia wraz z opisem wymaganych parametrów** |
| **3 - Wózek transportowy do przewozu leków – 7 szt.****(poniższe informacje wpisuje Wykonawca)****Rok produkcji:...................., Producent:....................., Model:....................** |
| 1 | Przeznaczenie – dla Szpitala Psychiatrycznego Samodzielnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie, ul. Gen. J. Bema 24, 11-600 WęgorzewoRealizacja zamówienia - Wykonawca dostarczy sprzęt do siedziby Zamawiającego, po wcześniejszym uzgodnieniu z Zamawiającym. |
| 2 | Budowa/działanie:1. odporny na uszkodzenia mechaniczne,
2. stelaż aluminiowy/stalowy lakierowany,
3. 2 -3 blaty z min. 4 tacami z przegródkami,
4. przegródki do leków z tworzywa sztucznego,
5. półki wyposażone w relingi,
6. min. 2 uchylne miski,
7. miski uchylne ze stali nierdzewnej,
8. wyposażony w 4 koła, z możliwością blokady.
 |
| Gwarancja: min. 24 miesiące |
| Wraz z dostawą Wykonawca dostarczy dokumentację urządzenia (instrukcję obsługi użytkownika, instrukcje podstawowej obsługi serwisowej, instrukcje bezpieczeństwa użytkownika), kartę gwarancyjną w języku polskim w wersji papierowej. |

Opis parametrów/rozwiązań równoważnych lub lepszych niż podane w specyfikacji: (wypełnić wg potrzeb, jeżeli dotyczy)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Parametru**  | **Opis parametrów w zaoferowanym sprzęcie**  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | **Asortyment/ opis przedmiotu zamówienia wraz z opisem wymaganych parametrów** |
| **4 - Wózek transportowy/ na materiały zabiegowe – 7 szt.****(poniższe informacje wpisuje Wykonawca)****Rok produkcji:...................., Producent:....................., Model:....................** |
| 1 | Przeznaczenie – dla Szpitala Psychiatrycznego Samodzielnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie, ul. Gen. J. Bema 24, 11-600 WęgorzewoRealizacja zamówienia - Wykonawca dostarczy sprzęt do siedziby Zamawiającego, po wcześniejszym uzgodnieniu z Zamawiającym. |
| 2 | Budowa/działanie:1. wózek na materiały zabiegowe, odporny na niszczące działania środków dezynfekcyjnych,
2. z jednej strony wózka worek foliowy z pokrywą, z drugiej strony druciany koszyk,
3. wózek wyposażony w 4 łatwo obracające się kółka z możliwością blokady,
4. wielofunkcyjny, do transportu różnorodnych materiałów zabiegowych,
5. blat roboczy zabezpieczony z 3 stron barierką,
6. szuflady zamykane na centralny zamek min. 3 (min. 1 mniejsze szuflada i 2 większe szuflady )
7. nośność wózka min 50kg,
8. wymiary min: szerokość 70cm, wysokość 100cm, głębokość 50cm (+/- 10%)
 |
| Gwarancja: min. 24 miesiące |
| Wraz z dostawą Wykonawca dostarczy dokumentację urządzenia (instrukcję obsługi użytkownika, instrukcje podstawowej obsługi serwisowej, instrukcje bezpieczeństwa użytkownika), kartę gwarancyjną w języku polskim w wersji papierowej. |

Opis parametrów/rozwiązań równoważnych lub lepszych niż podane w specyfikacji: (wypełnić wg potrzeb, jeżeli dotyczy)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Parametru**  | **Opis parametrów w zaoferowanym sprzęcie**  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | **Asortyment/ opis przedmiotu zamówienia wraz z opisem wymaganych parametrów** |
| **5 - Wózek transportowy/gastronomiczny – 6 szt.****(poniższe informacje wpisuje Wykonawca)****Rok produkcji:...................., Producent:....................., Model:....................** |
| 1 | Przeznaczenie – dla Szpitala Psychiatrycznego Samodzielnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie, ul. Gen. J. Bema 24, 11-600 WęgorzewoRealizacja zamówienia - Wykonawca dostarczy sprzęt do siedziby Zamawiającego, po wcześniejszym uzgodnieniu z Zamawiającym. |
| 2 | Budowa/działanie:1. wózek przeznaczony do rozwożenia posiłków,
2. ergonomiczny,
3. wykonany w całości ze stali chromowanej,
4. min, dwupoziomowy,
5. blat w formie dwóch-trzech wyjmowanych tac,
6. wyposażony w cztery koła jezdne o średnicy 125-150 mm,
7. co najmniej dwa koła z funkcją blokady,
8. uchwyt do prowadzenia,
9. odporny na dezynfekcję.
 |
| Gwarancja: min. 24 miesiące |
| Wraz z dostawą Wykonawca dostarczy dokumentację urządzenia (instrukcję obsługi użytkownika, instrukcje podstawowej obsługi serwisowej, instrukcje bezpieczeństwa użytkownika), kartę gwarancyjną w języku polskim w wersji papierowej. |

Opis parametrów/rozwiązań równoważnych lub lepszych niż podane w specyfikacji: (wypełnić wg potrzeb, jeżeli dotyczy)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Parametru**  | **Opis parametrów w zaoferowanym sprzęcie**  |
|  |  |
|  |  |

1. Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć **Sprzęt** do siedziby Zamawiającego wskazanej w umowie. Dostarczony **sprzęt** musi być kompletny i zgodny z jego opisem w załączniku nr 1. Niedopuszczalne jest, aby dla zapewnienia prawidłowego użytkowania **Sprzętu**, konieczne było instalowanie dodatkowych elementów w późniejszym czasie, szczególnie za dodatkową opłatą.
2. Oświadczenie:

Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia ww. parametry techniczno-użytkowe. Niespełnienie parametrów wymaganych skutkuje odrzuceniem oferty.

3. Na potwierdzenie, że oferowane produkty spełniają parametry i wymagania określone w powyższych opisach, **na wezwanie przez Zamawiającego,** dostarczę co najmniej jedne z poniżej wskazanych dokumentów:

□ foldery/broszury producenta/dystrybutora,

□ informacje o produkcie ze strony internetowej producenta/dystrybutora,

□ kartę charakterystyki produktu przygotowaną przez producenta/dystrybutora,

□ instrukcję obsługi/opis techniczny przygotowaną przez producent/dystrybutora.

**III. W ramach udzielnej gwarancji na oferowane produkty, zgodnej z powyższą tabelą:**

 **(Jeżeli serwis dla poszczególnych produktów będzie prowadzony przez różne firmy, należy to również wpisać poniżej).**

Serwis gwarancyjny będzie prowadzony przez\* ………………………………………………….

\*podać nazwę firmy

Serwis pogwarancyjny może być prowadzony przez[[3]](#footnote-3) ………………………………………

\*podać nazwę firmy, jeżeli jest znana

**IV. Deklaruję ponadto:**

1. termin wykonania zamówienia – **do 60 dni od dnia podpisania umowy,**
2. warunki płatności – **do 30 dni od dnia prawidłowo wystawionej i dostarczonej do Zamawiającego faktury, po podpisaniu protokołu odbioru, bez uwag i zastrzeżeń.**

**V. Oświadczamy, że:**

* akceptujemy wszystkie postanowienia SIWZ i wzoru umowy bez zastrzeżeń,
* w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego,
* zamówienie zostanie wykonane zgodnie z wymogami określonymi w specyfikacji istotnych warunków zamówienia oraz ze szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia (załącznik nr 1 do SIWZ),
* uwzględniliśmy zmiany i dodatkowe ustalenia wynikłe w trakcie procedury przetargowej stanowiące integralną część SIWZ, wyszczególnione we wszystkich umieszczonych na stronie internetowej pismach Zamawiającego,
* uważam (-y) się za związanego (-ych) ofertą przez okres 30 dni, wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia,
* oferowane produkty są zgodne z siwz i spełniają wymogi określone w specyfikacji istotnych warunków zamówienia oraz posiadają certyfikat CE (jeżeli są wymagane dla oferowanego przedmiotu),
* oświadczam (-y), że nie uczestniczę (-ymy) jako Wykonawca w jakiejkolwiek innej ofercie złożonej w celu udzielenia niniejszego zamówienia,
* wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[4]](#footnote-4) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu\*,
* nie zamierzam/y / zamierzam/y powierzyć podwykonawcom wykonanie następujących części zamówienia[[5]](#footnote-5):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres firm podwykonawcy | Część zamówienia, której wykonanie zostanie powierzone podwykonawcom |
|  |  |  |
|  |  |  |

**VI. Zobowiązania w przypadku przyznania zamówienia:**

* zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;
* osobą upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym w sprawach dotyczących realizacji umowy jest.....................................................................................................
* e-mail: ………...……........…………………………………. tel./fax: …………………...

**VII. Zastrzeżenie i informacje od Wykonawcy:**

1. Oświadczam, że niżej wymienione dokumenty składające się na ofertę zawierają informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być ogólnie udostępnione:

……………………………………………………………………………………………………

1. W celu wykazania, że powyżej wskazane dokumenty zawierają informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa do oferty załączam:

……………………………………………………………………………………………………

1. Inne, istotne dla przedmiotu zamówienia informacje:

……………………………………………………………………………………………………

**VIII. Informacje dotyczące treści oferty**:

1. Niniejszym wskazuję dokumenty/oświadczenia poniżej wymienione i załączone do oferty, które należy traktować jako dokumenty/oświadczenia wskazane w Rozporządzeniu Ministra Rozwoju z dnia 26.07.2016 r. w sprawie rodzajów dokumentów jakich może żądać zamawiający od wykonawcy, celem ich badania w przedmiotowym postępowaniu:

……………………………………………………………………………………………………

2. Poniżej wskazane dokumenty są dostępne w bezpłatnych bazach danych:

……………………………………………………………………………………………………

(rodzaj dokumentu, adres bazy danych)

3. Poniżej wskazane dokumenty są dostępne u Zamawiającego, a ich treść jest aktualna:

……………………………………………………………………………………….

(rodzaj dokumentu, nr postępowania, do którego były złożone)

........................... dnia................... …. r. ……………………………………………

 (podpis i imienna pieczątka osoby

 upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)

1. ŁĄCZNA CENA OFERTOWA stanowi całkowite wynagrodzenie Wykonawcy, uwzględniające wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia zgodnie z niniejszą SIWZ. [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku, gdy ofertę składa wykonawca zagraniczny, który na podstawie odrębnych przepisów nie jest zobowiązany do uiszczenia VAT w Polsce, należy wpisać cenę netto. Przy ocenie takiej oferty zastosowanie będzie miał zapis wskazany w dziale XVI pkt 4 SIWZ wynikający z art. 91 ust. 3a ustawy Pzp. [↑](#footnote-ref-2)
3. Informacja dodatkowa dla Zamawiającego. [↑](#footnote-ref-3)
4. 1) rozporządzenie 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).

\* 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 (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie). [↑](#footnote-ref-4)
5. Wypełnić, jeżeli na etapie składania ofert Wykonawca posiada taką informację. [↑](#footnote-ref-5)