# Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot zamówienia | **„SOCZEWKI WEWNĄTRZGAŁKOWE”** |
| *Zamawiający* | Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica64–920 Piła, ul. Rydygiera 1 |
| ***WYKONAWCA******adres,******telefon******NIP******REGON******e-mail*** |  |
| ***Oferowana wartość******za wykonanie******zadanie*** *(podlega ocenie)* | wartość brutto: *słownie:*wartość netto: *słownie:*VAT %:  |
| ***Ocena jakościowa*** *(podlega ocenie)* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | ***NIEWŁAŚCIWE USUNĄĆ LUB SKREŚLIĆ*** |
| 1 | **Termin ważności** | * do 6 miesięcy
* od 7 do 24 miesięcy
* od 25 do 36 miesięcy
 |
| 2 | **Obecność filtra UV – udokumentowane na opakowaniu**  | * Nie
* Tak
 |
| 3 | **Opakowanie ocena funkcjonalności** | * Blister
* Pojemnik szklany
* Pojemnik szklany lub plastikowy
 |
| 4 | **Aplikator** | * ładowany od przodu
* ładowany od góry
* ładowany od tyłu
 |
| 5 | **Współczynnik refrakcji** | * 1,45
* 1,46 - 1,54
* 1,55 lub więcej
 |
| 6 | **Materiał** | * Soczewka o uwodnieniu poniżej 0,5%
* Soczewka o uwodnieniu powyżej 0,5% < 26%
* Soczewka o uwodnieniu ≥ 26 %
 |
| 7 | **Czas rozwijania się soczewki w torebce soczewki**  | *(oceniane przez zamawiającego)* |
| 8 | **Łatwość zwijania soczewki** | *(oceniane przez zamawiającego)* |
| 9 | **Częstotliwość występowania zmętnień torby tylnej w okresie 1 roku od implantacji** (wg dostępnej literatury) | * Powyżej 50% lub brak udokumentowania
* 25,1% do 50 %
* 5,1% do 25% zmętnień
* Do 5% zmętnień
 |
| 10 | **Kartridż** | * prosty
* ścięty < 45°
* ścięty 45°
 |

 |
| ***Termin płatności*** | **60** **dni** |
| ***Termin realizacji zamówienia*** | **12 miesięcy** od daty podpisania umowy |
| ***Oświadczamy, że:*** |
| * zapoznaliśmy się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnosimy do niego żadnych uwag oraz uzyskaliśmy konieczne informacje i wyjaśnienia niezbędne do przygotowania oferty.
* w przypadku wybrania naszej oferty, jako najkorzystniejszej, zobowiązujemy się do zawarcia pisemnej umowy w terminie i w miejscu wskazanym przez Zamawiającego oraz na warunkach określonych we wzorze umowy.
* czujemy się związani ofertą przez okres 30 dni, licząc od upływu składania ofert
* zapoznaliśmy się z projektem umowy i nie wnosimy zastrzeżeń, co do jej treści
* cena brutto podana w niniejszym formularzu zawiera wszystkie koszty wykonania zamówienia, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty
* posiadamy uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania
* zapoznaliśmy się z informacją RODO
* dysponujemy odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,
* znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
 |
| * **posiadam aktualne dokumenty oferowanego przedmiotu zamówienia, dopuszczające do obrotu i stosowania w ochronie zdrowia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z polskim prawem oraz prawem Unii Europejskiej. Dokumenty, o których mowa powyżej, udostępnię dane dokumenty na każde żądanie Zamawiającego w terminie 4 dni roboczych.**
 |

1. osobą upoważnioną do podpisywania umowy jest:

|  |
| --- |
|  |

1. osobą odpowiedzialną za realizację umowy jest:

|  |
| --- |
|  |

 e-mail, telefon:

|  |
| --- |
|  |

Oświadczamy, iż powyższe zamówienie:\*

1) w całości zrealizujemy sami;

2) zrealizujemy przy udziale podwykonawcy: *…………………………………………………………*

*\* niepotrzebne skreślić*

***Dokument należy podpisać podpisem elektronicznym: kwalifikowanym, zaufanym lub osobistym bądź wydrukowany dokument podpisać własnoręcznie, zeskanować - załączyć do oferty poprzez platformę zakupową.***