załącznik nr 1 do SWZ

**FORMULARZ OFERTY**

W nawiązaniu do ogłoszenia o zamówieniu w trybie podstawowym, zgodnie z art. 275
Ustawy, składam/y niniejszą ofertę na wykonanie zamówienia pn.: **Dostawa sprzętu medycznego, znak sprawy: DZP.271-35/22** na rzecz Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego im. św. Ludwika w Krakowie

**DANE WYKONAWCY\*:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Wykonawcy:** |  |
| **Adres (siedziba) Wykonawcy:** |  |
| **Województwo:** |  |
| **NIP:** |  |
| **REGON:** |  |
| **Osoba do kontaktu (jeżeli dotyczy):** |  |
| **Telefon:** |  |
| **e-mail (na który Zamawiający ma przesłać korespondencję):** |  |

\**w przypadku oferty składanej przez podmioty występujące wspólnie, powyższą tabelę należy wypełnić dla każdego podmiotu osobno (kopiowanie tabeli)*

1. Zobowiązuję/my się wykonać przedmiot zamówienia w zakresie objętym SWZ na
następujących warunkach:

|  |
| --- |
| **PAKIET NR 1 - Pulsoksymetr z bezprzewodowym czujnikiem\*** |
| *kol.1* | *kol.2* | *kol.3* | *kol.4 (kol. 1\*kol.3)* | *kol.5* |
| **Ilość** | **JM** | **Cena jednostkowa brutto (PLN)** | **Wartość brutto (PLN)** | **Jakość (Ocena techniczna)\*\*** |
| **1** | **szt** | **……………………..** | **..……………………………….** | **Gwarancja**□ 24 miesiące □ 36 miesięcy  |

**\*wypełnić jeśli dotyczy**

**\*\*właściwe zaznaczyć**

|  |
| --- |
| **PAKIET NR 2 - Tor wizyjny bronchoskopowy\*** |
| *kol.1* | *kol.2* | *kol.3* | *kol.4 (kol. 1\*kol.3)* | *kol.5* |
| **Ilość** | **JM** | **Cena jednostkowa brutto (PLN)** | **Wartość brutto (PLN)** | **Jakość (Ocena techniczna)\*\*** |
| **1** | **szt** | **……………………..** | **..……………………………….** | **Gwarancja**□ 24 miesiące □ 36 miesięcy  |

**\*wypełnić jeśli dotyczy**

**\*\*właściwe zaznaczyć**

|  |
| --- |
| **PAKIET NR 3 - Rejestrator długotrwałego monitorowania - EKG\*** |
| *kol.1* | *kol.2* | *kol.3* | *kol.4 (kol. 1\*kol.3)* | *kol.5* |
| **Ilość** | **JM** | **Cena jednostkowa brutto (PLN)** | **Wartość brutto (PLN)** | **Jakość (Ocena techniczna)\*\*** |
| **2** | **szt** | **……………………..** | **..……………………………….** | **Gwarancja**□ 24 miesiące □ 36 miesięcy  |

**\*wypełnić jeśli dotyczy**

**\*\*właściwe zaznaczyć**

|  |
| --- |
| **PAKIET NR 4 - Rejestrator długotrwałych zapisów ciśnienia\*** |
| *kol.1* | *kol.2* | *kol.3* | *kol.4 (kol. 1\*kol.3)* | *kol.5* |
| **Ilość** | **JM** | **Cena jednostkowa brutto (PLN)** | **Wartość brutto (PLN)** | **Jakość (Ocena techniczna)\*\*** |
| **1** | **szt** | **……………………..** | **..……………………………….** | **Gwarancja**□ 24 miesiące □ 36 miesięcy  |

**\*wypełnić jeśli dotyczy**

**\*\*właściwe zaznaczyć**

|  |
| --- |
| **PAKIET NR 5 - Kardiomonitor\*** |
| *kol.1* | *kol.2* | *kol.3* | *kol.4 (kol. 1\*kol.3)* | *kol.5* |
| **Ilość** | **JM** | **Cena jednostkowa brutto (PLN)** | **Wartość brutto (PLN)** | **Jakość (Ocena techniczna)\*\*** |
| **1** | **szt** | **……………………..** | **..……………………………….** | **Kolorowy pojedynczy ekran w postaci płaskiego panelu LCD TFT o przekątnej minimum 15" (dot. poz. 7 zał. nr 2 do SWZ)**□ Przekątna ekranu 15”□ Przekątna ekranu>15”**Ekran dotykowy z funkcją obsługi gestów (dot. poz. 9 zał. nr 2 do SWZ)**□ Tak□ Nie**Monitor wyposażony w funkcję oceny stanu świadomości wg. skali Glasgow (GCS) – wprowadzanie danych, wyświetlanie punktacji łącznej i podrzędnej oraz ustawianie odstępu czasowego w jakim mają być wprowadzane dane (dot. poz.35 zał. nr 2 do SWZ)**□ Tak□ Nie**Gwarancja (dot. poz. 41 zał. nr 2 do SWZ)**□ 24 miesiące □ 36 miesięcy  |

**\*wypełnić jeśli dotyczy**

**\*\*właściwe zaznaczyć w każdym podkryterium**

|  |
| --- |
| **PAKIET NR 6 - Urządzenie do dezynfekcji pomieszczeń\*** |
| *kol.1* | *kol.2* | *kol.3* | *kol.4 (kol. 1\*kol.3)* | *kol.5* |
| **Ilość** | **JM** | **Cena jednostkowa brutto (PLN)** | **Wartość brutto (PLN)** | **Jakość (Ocena techniczna)\*\*** |
| **1** | **szt** | **……………………..** | **..……………………………….** | **Przenośne urządzenie do dezynfekcji pomieszczeń metodą zamgławiania (dot. poz. 6 zał. nr 2 do SWZ)**□ Tak□ Nie**Stosowany środek dezynfekcyjny oparty na 6 % i 12 % nadtlenku wodoru + kationy srebra oraz 7,9% nadtlenek wodoru + kwas askorbinowy (dot. poz.14 zał. nr 2 do SWZ)**□ Tak□ Nie**Dedykowane preparaty przebadane z oferowanym urządzeniem zgodnie z normą EN 17-272 bądź równoważną w celu potwierdzenia wymaganego działanie w zakresie: bakterii, wirusów, grzybów, spor w dawce max. 5ml/m3 (Dołączyć badania) na poziomie wymaganym dla obszaru medycznego. (dot. poz.17 zał. nr 2 do SWZ)**□ Tak□ Nie**Zewnętrzne oprogramowanie służące do komunikacji urządzenia z komputerem w celu zarzadzania danymi z przeprowadzonych procesów dezynfekcji z możliwością opisu i zapisania w pamięci urządzenia takich parametrów jak dane operatora, nazwa dezynfekowanego pomieszczenia, nazwa preparatu i sporządzenia ewentualnych notatek (dot. poz.20 zał. nr 2 do SWZ)****Gwarancja (dot. poz. 26 zał. nr 2 do SWZ)**□ 24 miesiące □ 36 miesięcy  |

**\*wypełnić jeśli dotyczy**

**\*\*właściwe zaznaczyć w każdym podkryterium**

1. Ponadto oferuję/my:
	1. Termin płatności: **zgodnie z treścią wzoru umowy (załącznik nr 5 do SWZ).**
	2. **Termin wykonania zamówienia: zgodnie z treścią Działu IV SWZ.**
2. **POZOSTAŁE OŚWIADCZENIA WYKONAWCY:**
	1. Zamówienie zostanie zrealizowane w zakresie i na zasadach określonych w SWZ, jej załącznikach, w tym projekcie umowy i ofercie Wykonawcy.
	2. W cenie mojej/naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
	3. Zapoznałem/liśmy się z treścią SWZ, jej załącznikami w tym wzorem umowy oraz wszelkimi ich zmianami (jeżeli dotyczy), w pełni je akceptuje/my i nie wnoszę/wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte.
	4. Uważam/y się za związanych niniejszą ofertą na okres wskazany w Dziale X SWZ.
	5. Oświadczam/my, że:
		1. wybór naszej oferty **nie będzie\*** prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług.
		2. wybór naszej oferty **będzie\*** prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług. Powyższy obowiązek podatkowy będzie dotyczył zakresu wskazanego w poniższej tabeli:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa(rodzaj) towaru/usługi** | **Wartość bez kwoty podatku (w zł)** | **Stawka podatku VAT (w %)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**\*skreślić niepotrzebne**

* + 1. W przypadku nie skreślenia żadnej z powyższych pozycji (pkt 3.5.1. lub 3.5.2. powyżej), Zamawiający uzna, iż po stronie Zamawiającego nie powstanie obowiązek podatkowy.
	1. Oświadczam/my, że:
		1. wypełniłem/liśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[1]](#footnote-1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem/liśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w przedmiotowym postępowaniu[[2]](#footnote-2).

**\*skreślić niepotrzebne**

* 1. Zamówienie wykonam **sam/z udziałem\*** Podwykonawców (**\*niepotrzebne skreślić**)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Części zamówienia - zakres prac jakie Wykonawca zamierza powierzyć Podwykonawcom | Firma (nazwa) Podwykonawcy  |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |

* 1. Osobą odpowiedzialna za realizacje umowy jest:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko | tel. | email |
|  |  |  |

* 1. Oświadczam/my, że jako Wykonawca jestem/śmy\*:
1. mikroprzedsiębiorstwem\*
2. małym przedsiębiorstwem\*
3. średnim przedsiębiorstwem\*
4. jednoosobową działalnością gospodarczą
5. osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej
6. inny rodzaj (w tym duże przedsiębiorstwo)

\*zaznaczyć właściwe

* 1. Dokumenty stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa zawarte są w pliku pod nazwą …………………………………… (wypełnić, jeżeli dotyczy)

UWAGA:

W przypadku złożenia oferty przez Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie publiczne powyższą informację należy podać dla każdego z Wykonawców oddzielnie.

Informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

* **Mikroprzedsiębiorstwo**: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.
* **Małe przedsiębiorstwo**: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.
* **Średnie przedsiębiorstwa**: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.

**UWAGA:**

**Oferta winna zostać sporządzona, pod rygorem nieważności w formie elektronicznej lub w postaci elektronicznej opatrzonej podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**

Załącznik nr 3 do SWZ

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**na podstawie art. 125 ust. 1 Pzp**

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym, którego przedmiotem jest **„Dostawa sprzętu medycznego ”**

Ja/My, niżej podpisany/i ………………………………………………………………………………………………………………………

działając w imieniu i na rzecz: ...................................................................................................................

(pełna nazwa Wykonawcy/Wykonawców wspólnie ubiegających się)

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

(adres siedziby Wykonawcy/Wykonawców wspólnie ubiegających się)

1. Oświadczam(y), że nie podlegam(y) wykluczeniu na podstawie przesłanek określonych w pkt. 2.1. Działu V SWZ.
	1. Oświadczam(y), że zachodzą w stosunku do mnie (nas) podstawy wykluczenia
	z postępowania na podstawie art. ……………………………………………………………… Pzp *(należy podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w pkt. 2.1. Działu V SWZ przy uwzględnieniu wymogów wynikających z art. 110 ust 2 Pzp)\**.
	2. Jednocześnie oświadczam(y), że w związku z okolicznością, o której mowa w pkt. 1.1. powyżej, podjąłem(liśmy) następujące środki (należy wymienić wszystkie podjęte środki, z uwzględnieniem zapisów art. 110 ust. 2 Pzp)\*:
2. …………………………………………………….………………
3. ……………………………………………………………………
4. …………………………………………………………………….

**\*należy wypełnić, jeżeli dotyczy (w przypadku, gdy nie dotyczy - należy cały zapis pkt. 1.1. i 1.2. przekreślić)**

* 1. Mając na uwadze przesłanki wykluczenia zawarte w art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U.2022 poz. 835):

- oświadczam(y), że nie podlegam(y) wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. poz. 835).

*\*\* niewłaściwe skreślić*

**UWAGA:**

**Oświadczenie winno zostać sporządzone, pod rygorem nieważności w formie elektronicznej lub w postaci elektronicznej opatrzonej podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**

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 ze zm.)* [↑](#footnote-ref-1)
2. *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, winien treści niniejszego oświadczenia przekreślić i dodać zapis ‘nie dotyczy’.* [↑](#footnote-ref-2)