**WZÓR – dla każdego pakietu należy przedstawić odrębny formularz ofertowy**

**Załącznik nr 1 – wzór**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**do postepowania na *„Dostawa mebli medycznych ”***

***Pakiet nr …….. - ……………………………………………………………………………***

**(wpisać nr pakietu) (wpisać nazwę pakietu)**

**ZAMAWIAJĄCY:**

Zagłębiowskie Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej, ul. Szpitalna 13, 41 – 300 Dąbrowa Górnicza

**WYKONAWCA\***

Niniejsza oferta zostaje złożona przez:

Nazwa Wykonawcy .......................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy ……………………………………………………………….……………………………………………………………….

Województwo ………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nr telefonu ……………………………………………….

Nr faksu …………………………………………………..

adres e-mail………………………………………………

KRS lub wpis do ewidencji ……………………………

REGON ……………………………………………………

NIP …………………………………………………………

**I.** Ja (my) niżej podpisany(i) oświadczam(y), że:

1)zapoznałem się z treścią siwz dla niniejszego zamówienia,

2)gwarantuję wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z treścią: SIWZ, wyjaśnień do SIWZ oraz jej modyfikacji,

3)niniejsza oferta wiąże nas przez **30 dni** od upływu ostatecznego terminu składania ofert,

4)akceptuję bez zastrzeżeń wzór umowy,

5)w przypadku wybrania mojej (naszej) oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję(emy) się zawrzeć umowę w miejscu i terminie jakie zostaną wskazane przez Zamawiającego,

6)nie zamierzam(y)powierzać do podwykonania żadnej części niniejszego zamówienia/następujące części niniejszego zamówienia zamierzam(y) powierzyć podwykonawcom**\*\***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **lp** | **Część/zakres zamówienia** | **Nazwa(firma)podwykonawcy** |
|  |  |  |

7)Wybór oferty prowadzić będzie do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w zakresie ……………………………**\*\*\***.Wartość wynosi: …………………………………..**\*\*\***

**II.** Oferujmy wykonanie przedmiotu zamówienia na warunkach określonych w SIWZ za wynagrodzeniem całkowitym do wysokości kwoty, zgodnie z załącznikiem nr 1a:

netto : .......................PLN tj. słownie : .........................................................................................................................

brutto : .......................PLN tj. słownie : .......................................................................................................................

w tym podatek VAT w wysokości : ………% w kwocie ......................... .słownie : .................................

**III.** Oferuję termin płatności ………….. (przedział od 30 do 60 dni)

**IV.** Udzielam gwarancji ………... m-cy licząc od daty końcowego ostatecznego odbioru przedmiotu zamówienia (minimalna długość okresu gwarancji 12 m – cy)

**V**. Oświadczam, iż zrealizuję zamówienia zrealizuję : do 4 tygodni od podpisania umowy

**VI.** Oświadczam, że:  
1. uzyskałem zgodę wszystkich osób fizycznych, których dane są zawarte w ofercie oraz uzyskam zgodę wszystkich osób fizycznych wskazanych w uzupełnieniach i wyjaśnieniach do oferty, na przetwarzanie danych osobowych w związku z prowadzonym postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego;  
2. poinformowałem wszystkie osoby fizyczne, których dane są zawarte w ofercie oraz poinformuję wszystkie osoby wskazane w uzupełnieniach i wyjaśnieniach do oferty, że dane zostaną udostępnione Zamawiającemu;  
3. poinformowałem wszystkie osoby fizyczne, których dane są zawarte w ofercie oraz poinformuję wszystkie osoby fizyczne wskazane w uzupełnieniach i wyjaśnieniach do oferty, że zgodnie z art. 96 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych protokół wraz z załącznikami jest jawny oraz, iż załącznikiem do protokołu są m.in. oferty i inne dokumenty i informacje składane przez wykonawców.

***\*Uwaga****: w przypadku Wykonawców składających ofertę wspólną należy wskazać wszystkich Wykonawców występujących wspólnie lub zaznaczyć, iż wskazany podmiot (pełnomocnik/lider) występuje w imieniu wszystkich podmiotów składających ofertę wspólną*

***\*\*Uwaga*** *- niepotrzebne skreślić*

***\*\*\*Uwaga****: wypełnić, o ile wybór oferty prowadziłby do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, w przeciwnym razie pozostawić niewypełnione*

.................................... …………… ................................................

Data podpis i pieczątka osób(-y) wskazanych w dokumencie

upoważniającym do występowania w obrocie

prawnym lub posiadające pełnomocnictwo

**WZÓR**

**Załącznik nr 1a**

**FORMULARZ CENOWY**

Składając w imieniu :

…………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………

ofertę w przetargu nieograniczonym na zadanie:

***„Dostawa mebli medycznych ”***

oferuję realizację zamówienia zgodnie z poniższymi cenami :

**Pakiet nr 1\* – Dostawa+ montaż kasetonów (paneli)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa sprzętu | j.m | ilość | Cena jednostkowa netto za sztukę | Wartość netto | VAT | Wartość brutto |
| 1 | Kasetony (panel ) elektryczno –gazowe długość 400 cm +/- 10% | Szt | 4 |  |  |  |  |
| 2 | Kasetony (panele ) elektryczno –gazowe długość 110 cm – 160 cm | szt | 3 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | | |  |  |  |

**Pakiet nr 2\* – Dostawa mebli medycznych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa sprzętu | j.m | ilość | Cena jednostkowa netto za sztukę | Wartość netto | VAT | Wartość brutto |
| 1 | Moduł kąpielowy z modułem zabiegowym | szt | 1 |  |  |  |  |
| 2 | Szafka wiszącą dwudrzwiowa | szt | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | | |  |  |  |

**Pakiet nr 3\* – Dostawa stojaka na kroplówki**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa sprzętu | j.m | ilość | Cena jednostkowa netto za sztukę | Wartość netto | VAT | Wartość brutto |
| 1 | Stojak na kroplówki | szt | 5 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | | |  |  |  |

**\* Wykonawca wypełnia tabelę dotycząca pakietu w zakresie którego składa ofertę.**

Wszystkie wartości winny być obliczone do dwóch miejsc po przecinku

……………………………….

Data ……………………………………………………………….

podpis i pieczątka osób(-y) wskazanych w dokumencie

upoważniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadające pełnomocnictw

**\*niepotrzebne skreślić**

***Załącznik nr 6***

***Specyfikacja techniczna oferowanego sprzętu***

***WYKONAWCA ……………………………………………………………………………………………………………………………..………***

***……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..….***

Poniższe tabela określają minimalne parametry oferowanego przedmiotu zamówienia, których Zamawiający bezwzględnie wymaga.

**\* Wykonawca wypełnia tabelę dotycząca pakietu w zakresie którego składa ofertę.**

**Przedmiot zamówienia: Pakiet nr 1\*: Dostawa kasetonów (paneli)**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Kaseton elektryczno-gazowy- 4 szt - dla dwóch stanowisk**  **Dostawa + montaż** | |
| **Producent:** |  |
| **Oferowany model:** |  |
| **Kraj pochodzenia:** |  |
| **Rok produkcji:** fabrycznie nowy rok produkcji od 2018r |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **I PARAMETRY TECHNICZNE** | | |
| 1. | Kaseton elektryczno-gazowy ścienny poziomy wykonany z profili aluminiowych z oddzielnymi kanałami dla instalacji gazów medycznych i instalacji elektrycznej, malowany na wybrany kolor przez Zamawiającego (3 kolory do wyboru)- długość 400 cm +/-10% | Tak, podać |  |
| 2. | Mocowany do ściany poziomy panel zasilania medycznego ze zintegrowanymi w swej obudowie gniazdami elektrycznymi, gazowymi i teletechnicznymi | Tak, podać |  |
| 3. | Układ kasetonu - poziomym, w tym:  - wymiar wysokość 260 mm - 300 mm, głębokości nie większej niż 75 mm i długość min. 4,0m +/-10% | Tak, podać |  |
| 4. | Urządzenie powinno być łatwe w utrzymaniu czystości -gładkie powierzchnie bez wystających wkrętów i innych elementów połączeniowych, kształty zaokrąglone, bez ostrych krawędzi i kantów | Tak, podać |  |
| 5. | Wyposażenie dla 1 stanowiska  Od frontu dostępne gniazda gazowe kompatybilne z systemem AGA/stanowisko: - gniazdo 1x O2/1xVAC Od frontu dostępne gniazda elektryczne/stanowisko: - gniazdo 230V/16A 3 szt. + DATA 1 szt. - gniazdo ekwipotencjalne 2 szt. - gniazdo teleinformatyczne 2RJ45 1 szt. | Tak, podać |  |
| 6. | Wyposażenie dodatkowe na 1 stanowisko: - 1x oświetlenie miejscowe min 2x5W LED - włącznik w panelu - 1 x oświetlenie nocne min 1x0,6W LED - włącznik w panelu -1xotwór technologiczny z zaślepką umożliwiający montaż systemu przyzywowego | Tak, podać |  |
| 7. | Urządzenie zakwalifikowane do wyrobów medycznych klasy IIb, | Tak, podać |  |
| 8. | Deklaracja zgodności CE lub rownoważna | Tak, podać |  |
| 9. | Wpis lub zgłoszenie do URPLWMiPB, | Tak, podać |  |
| 10. | Certyfikat producenta wyrobów medycznych PN-EN ISO 13485 lub równoważny | Tak, podać |  |
| 11. | Certyfikat PN-EN ISO 9001 - projektowanie, serwis, produkcja sprzętu medycznego lub równoważny | Tak, podać |  |
| **Warunki gwarancji** | | | |
| 1. | Gwarancja min. 12 miesiące | Tak, podać |  |
| 2. | Instrukcji obsługi w języku polskim przy dostawie | Tak, podać |  |
| 3. | Serwis pogwarancyjny min.10 lat | Tak, podać |  |
| **Wyposażenie dodatkowe** | | | |
| 1. | Pilot do systemu przyzywowego do każdego stanowiska | Tak |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. Kaseton elektryczno-gazowy- 3 szt**  **Dostawa + montaż** | |
| **Producent:** |  |
| **Oferowany model:** |  |
| **Kraj pochodzenia:** |  |
| **Rok produkcji:** fabrycznie nowy rok produkcji od 2018r |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **I PARAMETRY TECHNICZNE** | | |
| 1. | Kaseton elektryczno-gazowy ścienny poziomy wykonany z profili aluminiowych z oddzielnymi kanałami dla instalacji gazów medycznych i instalacji elektrycznej, malowany na wybrany kolor przez Zamawiającego (3 kolory do wyboru) | Tak, podać |  |
| 2. | Mocowany do ściany poziomy panel zasilania medycznego ze zintegrowanymi w swej obudowie gniazdami elektrycznymi, gazowymi i teletechnicznymi | Tak, podać |  |
| 3. | Układ kasetonu - poziomym, w tym:  - wymiar wysokość 260 mm +/- 10 mm, głębokości nie większej niż 75 mm i długość min. 1,1 m – 1,6m | Tak, podać |  |
| 4. | Urządzenie powinno być łatwe w utrzymaniu czystości -gładkie powierzchnie bez wystających wkrętów i innych elementów połączeniowych, kształty zaokrąglone, bez ostrych krawędzi i kantów | Tak, podać |  |
| 5. | Od frontu dostępne gniazda gazowe kompatybilne z systemem AGA/stanowisko: - gniazdo 1x O2/ 1xVAC Od frontu dostępne gniazda elektryczne/stanowisko: - gniazdo 230V/16A 3 szt. + DATA 1 szt. - gniazdo ekwipotencjalne 2 szt. - gniazdo teleinformatyczne 2RJ45 1 szt. | Tak, podać |  |
| 6. | Wyposażenie dodatkowe na 1 stanowisko: - 1x oświetlenie miejscowe min 2x5W LED - włącznik w panelu - 1 x oświetlenie nocne min 1x0,6W LED - włącznik w panelu -1xotwór technologiczny z zaślepką umożliwiający montaż systemu przyzywowego | Tak, podać |  |
| 7. | Urządzenie zakwalifikowane do wyrobów medycznych klasy IIb, | Tak, podać |  |
| 8. | Deklaracja zgodności CE lub równoważne | Tak, podać |  |
| 9. | Wpis lub zgłoszenie do URPLWMiPB | Tak, podać |  |
| 10 | Certyfikat producenta wyrobów medycznych PN-EN ISO 13485 lub równoważny | Tak, podać |  |
| 11. | Certyfikat PN-EN ISO 9001 - projektowanie, serwis, produkcja sprzętu medycznego lub równoważny | Tak, podać |  |
| **Warunki gwarancji** | | | |
| 1. | Gwarancja min. 12 miesiące | Tak, podać |  |
| 2. | Instrukcji obsługi w języku polskim przy dostawie | Tak, podać |  |
| 3. | Serwis pogwarancyjny min.10 lat | Tak, podać |  |
| **Wyposażenie dodatkowe** | | | |
| 1. | Pilot do systemu przyzywowego do każdego stanowiska | Tak |  |

**Przedmiot zamówienia: Pakiet nr 2\*: Dostawa mebli medycznych**

|  |  |
| --- | --- |
| **Meble medyczne**  **Dostawa+ montaż** | |
| **Producent:** |  |
| **Oferowany model:** |  |
| **Kraj pochodzenia:** |  |
| **Rok produkcji:** fabrycznie nowy rok produkcji od 2018r |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **I PARAMETRY TECHNICZNE** | | |
|  | **Szafka wisząca dwudrzwiowa** | | |
| 1. | Szafka wisząca jednokomorowa z 1 półką w środku , Front: 2x drzwi pełne otwierane skrzydłowo , szafka wyposażona w zamek | Tak, podać |  |
| 2. | szafka wykonana w systemie stelaża aluminiowego anodowanego lub lakierowanego proszkowo na wybrany kolor z palety RAL (do wyboru min.20 kolorów) z zamkniętych profili aluminiowych i złączek ABS, wymiar profilu 25x25mm | Tak, podać |  |
| 3. | wypełnienie szafki z płyty meblowej, laminowanej o grubości 18 mm w wybranym kolorze ( do wyboru min. 20 kolorów) drzwi oklejone okleiną PCV o grubości 2mm, okleina w kolorze płyty | Tak, podać |  |
| 4. | wszystkie uchwyty do drzwiczek wykonane z anodowanego aluminium, bez ostrych krawędzi w kształcie wydłużonej litery C | Tak, podać |  |
| 5. | Wymiar szafki: 900x300x600 mm ± 10 mm [ szer.xgł.x wys.] | Tak, podać |  |
| 6. | Deklaracja zgodności CE | Tak, podać |  |
| 7. | Certyfikat producenta wyrobów medycznych PN-EN ISO 13485 lub równoważny | Tak, podać |  |
| 8. | Certyfikat PN-EN ISO 9001 - projektowanie, serwis, produkcja sprzętu medycznego lub równoważny | Tak, podać |  |
| **Moduł kąpielowy z modułem zabiegowym** | | | |
| 1. | Moduł kąpielowy:  - stelaż z zamkniętych profili aluminiowych i złączek ABS, anodowany lub lakierowany proszkowo na kolor wybrany przez Zamawiającego  wymiar profilu min. 25x25mm - uchwyty do otwierania szuflad - anodowane aluminium w kształcie wydłużonej litery C - wypełnienie z płyty meblowej obustronnie laminowanej o grubości 18 mm w wybranym kolorze ( do wyboru min. 20 kolorów) drzwi oklejone okleiną PCV o grubości 2mm, okleina w kolorze płyty  - wanienka z laminatu poliestrowo-szklanego - szafka na nóżkach, z możliwością wypoziomowania (10 mm) - otwór technologiczny pod baterię (na życzenie Zamawiającego) Wymiary: 800x580x900 mm (+/- 10 mm) | Tak, podać |  |
| 2. | Mobilny moduł zabiegowy (przewijak): - 3 szuflady, - uchwyty do otwierania szuflad - anodowane aluminium w kształcie wydłużonej litery C - stelaż z zamkniętych profili aluminiowych i złączek ABS, anodowany lub lakierowany proszkowo na kolor wybrany przez zamawiającego  wymiar profilu min. 25x25mm - wypełnienie z płyty meblowej obustronnie laminowanej o grubości 18 mm w wybranym kolorze ( do wyboru min. 20 kolorów), szuflady oklejone okleiną PCV o grubości 2mm, okleina w kolorze płyty  - blat z laminatu poliestrowo-szklanego z przegłębieniem  - nóżki z możliwością poziomowania wysokości (10 mm) - tapicerowany materacyk (min. 15 kolorów do wyboru) Wymiary: 700x580x900 mm (+/- 10 mm) | Tak, podać |  |
| 3. | Deklaracja zgodności CE lub równoważny | Tak, podać |  |
| 4. | Wpis lub zgłoszenie do URWMiPB, | Tak, podać |  |
| 5. | Atest Higieniczny na tapicerkę materacyka, | Tak, podać |  |
| 6. | Atest Higieniczny na meble medyczne | Tak, podać |  |
| 7. | Certyfikat producenta wyrobów medycznych PN-EN ISO 13485 lub równoważny | Tak, podać |  |
| 8. | Certyfikat PN-EN ISO 9001 - projektowanie, serwis, produkcja sprzętu medycznego lub równoważny | Tak, podać |  |
| **Warunki gwarancji** | | | |
| 1. | Gwarancja min. 12 miesięcy | Tak, podać |  |

**Przedmiot zamówienia: Pakiet nr 3\*: Dostawa stojaka na kroplówki**

|  |  |
| --- | --- |
| **Stojak na kroplówki- 5 szt** | |
| **Producent:** |  |
| **Oferowany model:** |  |
| **Kraj pochodzenia:** |  |
| **Rok produkcji:** fabrycznie nowy rok produkcji od 2018r |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **I PARAMETRY TECHNICZNE** | | |
| 1. | Podstawa wykonana ze stali lakierowanej proszkowo | Tak, podać |  |
| 2. | Podstawa jezdna z blokadą co najmniej dwóch kół | Tak, podać |  |
| 3. | Regulowana kolumna z 4 uchwytami na kroplówki | Tak, podać |  |
| 4. | Maksymalne obciążenie jednego uchwytu 0,5kg | Tak, podać |  |
| **Warunki gwarancji** | | | |
| 1. | Gwarancja min 12miesiący | Tak, podać |  |

***Uwaga:***

***1) Parametry "Tak" są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.***

***2)Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji***

***Wszystkie normy i przepisy, które spełniać ma sprzęt obowiązują wg poprawionego wydania obowiązujących norm. W przypadku gdy normy i przepisy odnoszą się do konkretnego kraju, regionu mogą być również stosowane inne odpowiednie normy zapewniające równy lub wyższy poziom wykonania.***

Data ..........................................

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

Podpis i pieczątka osób(-y) wskazanych w dokumencie

upoważniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadające pełnomocnictwo