**Załącznik nr 1 – wzór dla każdego pakietu należy sporządzić odrębny formularz ofertowy i cenowy.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**do postepowania na *„Dostawa zestawu unieruchomień pacjenta i pakietu dozymetrycznego dla Zakładu Radioterapii”***

**Pakiet nr - ………………………………………………..**

**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**. Akceptuję termin płatności do 30 dni od dnia otrzymania przez Zamawiającego od Wykonawcy prawidłowo wystawionej faktury VAT.

**IV.** Udzielam gwarancji ………... m-cy licząc od daty końcowego ostatecznego odbioru przedmiotu zamówienia (minimalna długość okresu gwarancji 24 m – ce)

**V**. Oświadczam, iż zrealizuję zamówienia :

Pakiet 1

- pozycje nr 1, 2.3, 3, 7, 8, 10, 19, 20 i 21 do 27.12.2018r

- pozycje nr 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 22, 23 i 24 do 28 lutego 2019r

Pakiet 2 - do 27.12.2018r

Pakiet 3 - do 27.12.2018r”

**VI.** Deklaruję czas reakcji serwisu …………………. godzin od dnia zgłoszenia(maksymalny czas reakcji serwisu do 72 godzin od dnia zgłoszenia)

**VII.** 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 pełnomocnictw

* Zaktualizowany formularz cenowe, który należy dołączyć do oferty.

**Załącznik nr 1a - Pakiet nr 1**

**FORMULARZ CENOWY**

Składając w imieniu :

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

ofertę w przetargu nieograniczonym na zadanie:

***„Dostawa zestawu unieruchomień pacjenta i pakietu dozymetrycznego dla Zakładu Radioterapii”***

***Pakiet 1 – Dostawa zestawu unieruchomień pacjenta dla Zakładu Radioterapii***

Oferowany zestaw jest zgodny z poniższymi parametrami określonymi przez Zamawiającego poniżej:

Przedmiotem zamówienia publicznego jest zakup i dostawa dla Zakładu Radioterapii zestawu unieruchomień pacjenta kompatybilnego z posiadanym przez zamawiającego systemem AIO ORFIT, przeszkolenie personelu (fizyków medycznych, techników elektroradiologii) z użytkowania systemu w zakresie wymaganym przez producenta, co najmniej 24 miesięczna gwarancja.

Oferuję realizację zamówienia zgodnie z poniższymi cenami :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | PARAMETRY | | WARTOŚCI WYMAGANE | TAK/NIE/WARTOŚCI OFEROWANE | Cena jednostkowa netto | VAT  % | Wartość netto | Wartość brutto |
| I. Zestaw unieruchomień - opis ogólny | | | | |  |  |  |  |
| 1 | | Cały zestaw unieruchomień musi być kompatybilny z posiadanym przez zamawiającego systemem AIO ORFIT. | TAK  Podać nazwę, typ, producenta oraz rok produkcji |  |  |  |  |  |
| 2 | | Płyta bazowa - długi blat do stabilizacji pacjenta wykonany z włókna węglowego, umożliwiający zastosowanie elementów systemu AIO ORFIT do ułożenia pacjenta w pozycji na placach podczas napromieniania głowy i szyi, na plecach podczas radioterapii klatki piersiowej i płuc, na brzuchu oraz na plecach podczas radioterapii jamy brzusznej i miednicy, w pronacji podczas radioterapii klatki piersiowej. | TAK |  |  |  |  |  |
| 2.1 | | Płyta bazowa z punktu 2:   * umożliwia mocowanie elementów zestawu AIO takich jak: kliny, bloczki i podpórki pod głowę oraz pozostałe podpórki, kliny i poduszki systemu AIO, * posiada 15 prostokątnych otworów umożliwiających mocowanie masek termoplastycznych z profilem „L” dla obszarów: głowa, głowa –szyja, klatka piersiowa, jama brzuszna, * posiada otwory pozwalające na zamocowanie klina między nogi, * ma możliwość mocowania uchwytów dla pacjenta leżącego na placach podczas radioterapii klatki piersiowej i płuca oraz uchwytów mocowanych od spodu płyty dla pacjenta leżącego na brzuchu podczas radioterapii jamy brzusznej i miednicy, * posiada otwory umożliwiające zastosowanie list indeksujących materace próżniowe. | TAK |  |  |  |  |  |
| 2.2 | | Płyta bazowa z punktu 2:   * wymiary długość (długość x szerokość x wysokość) 1350 mm x 544 mm x 30 mm | TAK, podać |  |  |  |  |  |
| 2.3 | | Mocowania tacy do stołu – listwa mocująca do posiadanego przez zamawiającego stołu Exact IGRT couch - szt. 4 | TAK |  |  |  |  |  |
| 3 | | Szafa/regał z mocowaniami i uchwytami dopasowanymi do bezpiecznego przechowywania elementów systemu unieruchomień. | TAK |  |  |  |  |  |
| 4 | | Wydzielono do pakietu nr 3 | ~~----------------------------------------------------------------------------------------------------------------~~ | | | | | |
| 5 | | Wydzielono do pakietu nr 3 |
| 6 | | Wydzielono do pakietu nr 3 |
| II. Opis szczegółowy - **Zestaw do unieruchamiania głowy, szyi i ramion** | | | | |  |  |  |  |
| 7 | | Podpórki pod głowę - zestaw 6 podpórek wykonane z pianki o niskiej gęstości. Podpórka mocowana do płyty bazowej, bloczków lub klinów przy pomocy 2 krążków przytwierdzonych do podpórki. Podpórki kompatybilne z systemem Orfit. Zapewniają powtarzalne ułożenie pacjenta na stole terapeutycznym przy pozycjonowaniu na plecach. | TAK |  |  |  |  |  |
| 8 | | Dodatkowa podpórka pod głowę bez podpórek bocznych stabilizujących szyję wykonana z pianki o niskiej gęstości. Wymiary: długość 230 mm, szerokość 108mm, wysokość 82mm.  Podpórka mocowana do płyty bazowej, bloczków lub klinów przy pomocy 2 krążków przytwierdzonych do podpórki. Krążki o średnicy 50mm dopasowane do otworów w pozostałych kompatybilnych elementach systemu ORFIT posiadanym przez zamawiającego - szt. 4 | TAK |  |  |  |  |  |
| 9 | | Zestaw klinów i bloczków: 2 bloczki i 2 kliny wykonane z włókna węglowego, umożliwiający powtarzalne ułożenie pacjenta na stole terapeutycznym przy pozycjonowaniu na plecach. Zestaw zawiera 2 bloczki o wysokości: 20mm i 40mm oraz 2 kliny o stopniu nachylenia 9º i 18º. | TAK |  |  |  |  |  |
| 10 | | Zaczepy o różnej wielkości (małe, średnie i duże) z pianki o niskiej gęstości do mocowania masek do oferowanej tacy bazowej. | TAK |  |  |  |  |  |
| III. Opis szczegółowy - **Zestaw klinów i podpórek pod kolana i stopy** | | | | |  |  |  |  |
| 11 | | Poduszka pod nogi przedłużająca aparat przytwierdzający / płytę bazową posiadanego przez zamawiającego systemu AIO ORFIT - szt. 5:   * posiada możliwość łączenia się z klinem 0 stopni do unieruchomienia pacjenta w radioterapii piersi i płuc, podpórką pod tułów do unieruchomienia pacjenta w radioterapii jamy brzusznej i miednicy oraz podpórkami do unieruchomienia pacjenta podczas radioterapii piersi w pronacji, * posiada z jednej strony nadrukowaną skalę od 0 do 50, która umożliwia odtwarzalne ułożenie elementów podczas całego cyklu leczenia. * wykonana z pianki o niskiej gęstości, * Wymiary długość 636 mm x W 540 mm x H 60 mm; waga 0,62kg * Gęstość: pianka 29kg/m 3, powłoka zewnętrzna > 1 g/cm3 | TAK |  |  |  |  |  |
| 12 | | Poduszka pod nogi/kolana niska - szt. 5: stosowana łącznie z pozostałymi elementami posiadanego przez zmawiającego systemu AIO ORFIT służącymi do stabilizacji nóg:   * Na jednym boku poduszka posiada nadrukowaną literę „A”, a na drugim literę „B”, co umożliwia odtwarzalne ułożenie elementów na poduszce pod nogi przedłużającej płytę bazową AIO podczas całego cyklu leczenia, * wykonana z pianki o niskiej gęstości, * Wymiary długość 400 mm x W 540 mm x H 161 mm; * Gęstość: pianka 30kg/m3, powłoka zewnętrzna > 1 g/cm3 | TAK |  |  |  |  |  |
| IV. Opis szczegółowy - **Zestaw do unieruchamiania piersi i płuc** | | | | |  |  |  |  |
| 13 | | Klin 0º do unieruchamiania pacjenta w radioterapii piersi i płuc.   * element do ułożenia pacjenta w pozycji na plecach podczas radioterapii piersi i płuc. * Element kompatybilny z płytą bazową. Mocowany do płyty bazowej przy pomocy krążków dopasowanych do otworów w płycie bazowej. Krążki stabilizujące klin na płycie bazowej są na stałe zespolone z klinem tak, aby uniemożliwić ich przemieszczenie. * Klin kompatybilny z posiadanym przez zamawiającego systemem AIO ORFIT, a w szczególności z podpórkami bocznymi, podpórkami pod kolana oraz podpórkami pod ramiona, * Wykonany z pianki o niskiej gęstości, * Wymiary długość 1213 mm x W 544 mm x H 60 mm; * Gęstość: pianka 29kg/m 3 ; powłoka zewnętrzna > 1 g/cm3 | TAK |  |  |  |  |  |
| 14 | | Podpórki boczne do klinu 0º lewa i prawa | TAK |  |  |  |  |  |
| 15 | | Klin 5º do unieruchomienia i komfortu pacjenta w radioterapii piersi i płuc. Element zestawu do ułożenia pacjenta w pozycji na plecach podczas radioterapii piersi i płuc. Element kompatybilny z pozostałymi częściami posiadanego przez zamawiającego systemu AIO ORFIT:   * mocowany do pozostałych elementów przy pomocy krążków dopasowanych do otworów. Krążki stabilizujące klin są na stałe zespolone z klinem tak, aby uniemożliwić ich przemieszczenie. * Wykonana z pianki o niskiej gęstości * Gęstość: pianka 29kg/m3, powłoka zewnętrzna > 1 g/cm3 | TAK |  |  |  |  |  |
| 16 | | Podpórki boczne do klinu 5º lewa i prawa | TAK |  |  |  |  |  |
| 17 | | Klin pod ramiona – wysoki -21 cm  Element zestawu do ułożenia pacjenta w pozycji na plecach podczas radioterapii piersi i płuc. Element kompatybilny z pozostałymi częściami posiadanego przez zamawiającego systemu AIO ORFIT.   * mocowany do pozostałych elementów przy pomocy krążków dopasowanych do otworów. Krążki stabilizujące klin są na stałe zespolone z klinem tak, aby uniemożliwić ich przemieszczenie. * kompatybilny z klinem 0, 10,15 stopni, podpórkami pod kolana oraz podpórkami pod ramiona. * wykonany z pianki o niskiej gęstości * Wymiary długość 380 mm x W 544 mm x H 210 mm; * Gęstość: pianka 29kg/m3, powłoka zewnętrzna > 1 g/cm3 | TAK |  |  |  |  |  |
| 18 | | Klin pod ramiona niski - stabilizujący ramiona o wys. min. 12,5-13,5cm.  Element zestawu do ułożenia pacjenta w pozycji na plecach podczas radioterapii piersi i płuc. Element kompatybilny z pozostałymi częściami posiadanego przez zamawiającego systemu AIO ORFIT.   * mocowany do pozostałych elementów przy pomocy krążków dopasowanych do otworów. Krążki stabilizujące klin są na stałe zespolone z klinem tak, aby uniemożliwić ich przemieszczenie. * kompatybilny z klinem 0, 10,15 stopni, podpórkami pod kolana oraz podpórkami pod ramiona. * wykonany z pianki o niskiej gęstości * Wymiary długość 380 mm x W 544 mm x H 210 mm;   Gęstość: pianka 29kg/m3, powłoka zewnętrzna > 1 g/cm3 | TAK |  |  |  |  |  |
| 19 | | Uchwyty krótkie na dłonie (komplet 2 szt.) stabilizujące ułożenie ramion i rąk. Element zestawu do ułożenia pacjenta w pozycji na plecach podczas radioterapii piersi i płuc. Element wykonany z włókna węglowego, kompatybilny z pozostałymi częściami posiadanego przez zamawiającego systemu AIO ORFIT. | TAK |  |  |  |  |  |
| 20 | | Uchwyty długie na dłonie ( 2 komplety po 2 szt.) stabilizujące ułożenie ramion i rąk. Element zestawu do ułożenia pacjenta w pozycji na plecach podczas radioterapii piersi i płuc. Element wykonany z włókna węglowego, kompatybilny z pozostałymi częściami posiadanego przez zamawiającego systemu AIO ORFIT. | TAK |  |  |  |  |  |
| 21 | | Mocowania uchwytów na ręce do tacy bazowej (2 szt.) kompatybilne z uchwytami z pkt. 19 i 20. | TAK |  |  |  |  |  |
| V. Opis szczegółowy - **Z**e**staw do unieruchamiania jamy brzusznej i miednicy w pozycji na plecach** | | | | |  |  |  |  |
| 22 | | Podpórka pod tułów do unieruchomienia pacjenta w pozycji na brzuchu lub na placach podczas radioterapii jamy brzusznej i miednicy. Podpórka kompatybilna z posiadanym przez Zamawiającego elementami systemu AIO ORFIT.   * podpórka posiada otwór (wielkość 395mm / 310 mm / 80 mm) na brzuch pacjenta leżącego w pozycji na brzuchu, który można zmniejszyć lub całkowicie zamknąć poprzez użycie wkładów będących elementami tego systemu, * podpórka posiada otwór umożliwiający zamontowanie klina miedzy nogi pacjenta. * podpórka mocowana do płyty bazowej przy pomocy krążków dopasowanych do otworów w płycie bazowej, które są na stałe zespolone z klinem tak, aby uniemożliwić ich przemieszczenie. * wykonana z pianki o niskiej gęstości, * Wymiary długość 1395 mm x W 544 mm x H 110 mm; * Gęstość: pianka 29kg/m 3, powłoka zewnętrzna > 1 g/cm3 | TAK |  |  |  |  |  |
| 23 | | Podpórki boczne do podpórki pod tułów – lewa i prawa, kompatybilna z posiadanymi przez zamawiającego elementami AIO ORFIT, służąca do powiększenia powierzchni, na której leży pacjent przy ułożeniu na brzuchu lub na placach podczas radioterapii jamy brzusznej i miednicy.   * Wykonana z pianki o niskiej gęstości, * Wymiary długość 600 mm x W 75 mm x H 80 mm, * Gęstość: pianka 29kg/m 3 ; powłoka zewnętrzna > 1 g/cm3 | TAK |  |  |  |  |  |
| 24 | | Podpórka pod brzuch pełna - wkład wypełniający otwór w podpórce pod tułów do unieruchomienia pacjenta w radioterapii jamy brzusznej i miednicy. Podpórka kompatybilna z posiadanym przez zamawiającego elementami systemu AIO ORFIT do ułożenia pacjenta na brzuchu lub na placach podczas radioterapii jamy brzusznej i miednicy.  Wykonana z pianki PE pokrytej powłoką PU.  Wymiary długość 395 mm x W 310 mm x H 80 mm; waga 0,23kg  Gęstość: pianka 29kg/m 3, powłoka zewnętrzna > 1 g/cm3 |  |  |  |  |  |  |
| Razem: | | | | | | |  |  |

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 1a - Pakiet nr 2**

**FORMULARZ CENOWY**

Składając w imieniu :

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

ofertę w przetargu nieograniczonym na zadanie:

***„Dostawa zestawu unieruchomień pacjenta i pakietu dozymetrycznego dla Zakładu Radioterapii”***

***Pakiet 2 – Dostawa pakietu dozymetrycznego do wykonywania kontroli jakości akceleratora liniowego***

oferuję realizację zamówienia zgodnie z poniższymi cenami :

Oferowany zestaw jest zgodny z poniższymi parametrami określonymi przez Zamawiającego poniżej:

Przedmiotem zamówienia publicznego jest zakup i dostawa dla Zakładu Radioterapii pakietu dozymetrycznego do wykonywania kontroli jakości akceleratora liniowego: dawkomierza do codziennej kontroli wydajności akceleratora z wyposażeniem, przeszkolenie personelu (fizyków medycznych) z obsługi oprogramowania oraz aparatury pomiarowej - co najmniej 24 miesięczna gwarancja

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | PARAMETRY | | WARTOŚCI WYMAGANE | TAK/NIE/WARTOŚCI OFEROWANE | Cena jednostkowa netto | VAT  % | Wartość netto | Wartość brutto |
| I. Urządzenie | | | | |  |  |  |  |
| 1 | | Urządzenie umożliwiające bezprzewodowe pomiary wiązki promieniowania fotonowego (6MV, 20MV, 6MV FFF, 10MV FFF) i elektronowego (6-20MeV) generowanego przez przyspieszacz | TAK  Podać nazwę, typ, producenta oraz rok produkcji |  |  |  |  |  |
| 2 | | Jednoczesne pomiary:   * dawki – [Gy] * mocy dawki – [Gy/min] * czasu ekspozycji – [s] * sprawdzenie wielkości pola świetlnego i centatorów laserowych górnych i bocznych, | TAK |  |  |  |  |  |
| 3 | | Automatyczny start i stop pomiaru | TAK |  |  |  |  |  |
| 4 | | Automatyczne zerowanie | TAK |  |  |  |  |  |
| 5 | | Pamięć wyników pomiarowych | TAK,  podać liczbę |  |  |  |  |  |
| 6 | | Zestaw akumulatorów zasilających, typ AA/AAA/6f22 – 1 kpl. | TAK, podać typ |  |  |  |  |  |
| 7 | | Interfejs do współpracy z PC | TAK, jeśli wymagane podać typ |  |  |  |  |  |
| II. Wyposażenie dodatkowe | | | | |  |  |  |  |
| 8 | | Zasilacz do ładowania akumulatorów określonych w punkcie 6 – szt. 1 | TAK |  |  |  |  |  |
| 9 | | Mobilna stacja obliczeniowa z pakietem aplikacji biurowych do analizy danych pozyskiwanych z kontroli, weryfikacji i pomiarów dozymetrycznych - szt. 2  parametry:   * Procesor: min. Intel Core i5-8250U lub równoważny * Pamięć:min. 16 GB RAM * Dysk SSD min. 240 GB * Bateria: Li-Ion min. 3500mAh * Typ ekranu: Matowy, LED * System operacyjny :Microsoft Windows * Oprogramowanie: Pakiet biurowy MS Office | TAK,  podać model, producenta oraz rok produkcji |  |  |  |  |  |
| 10 | | Urządzenie do druku wyników kontroli i analiz - drukarka laserowa kolorowa (mono i kolor) z kompletem tonerów - szt. 1  parametry:   * format druku A min.: A5, A4, * 2 podajniki papieru mieszczące min. 500 arkuszy A4 każdy, * wydajność zasobnika z tonerem czarnym min. 6000 str. A4, * drukowanie w rozdzielczości min. 1200 dpi, * szybkość drukowania w kolorze min 35 str. A4/min, * obsługa druku mobilnego, * dwustronne drukowanie automatyczne, * bezpośrednie drukowanie z z pamięci USB | TAK,  podać model, producenta oraz rok produkcji |  |  |  |  |  |
| 11 | | Zestaw klisz radiologicznych do kontroli pola promieniowania wytwarzanego w przyspieszaczu liniowym, min. 25 szt.   * klisze wrażliwe na promieniowanie MV, * min. wymiar pojedynczej kliszy: 25cmx25cm, |  |  |  |  |  |  |
| III. Oprogramowanie | | | | |  |  |  |  |
| 11 | | Pakiet oprogramowania przeznaczony do obsługi urządzenia określonego w punkcie 1 – szt. 1 | TAK, jeśli wymagane  Podać nazwę, wersję i producenta oprogramowania |  |  |  |  |  |
| 12 | | Zbieranie i archiwizacja danych | TAK |  |  |  |  |  |
| 13 | | Współpraca z MS Excel | TAK |  |  |  |  |  |
| IV. OKRES GWARANCYJNY | | | | |  |  |  |  |
| 14 | | Okres gwarancji od daty oddania urządzeń do eksploatacji | min. 24 miesiące |  |  |  |  |  |
| 15 | | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy lub urządzenia na nowe | konieczność więcej niż  3 napraw tego samego uszkodzenia |  |  |  |  |  |
| 16 | | Bezpłatna wymiana części koniecznych do wymiany w czasie przeglądu | TAK |  |  |  |  |  |
| 17 | | Okres gwarancji dla wymienionych części po naprawie | do końca okresu gwarancyjnego jednak nie mniej niż 12 miesięcy |  |  |  |  |  |
| 18 | | Liczba bezpłatnych przeglądów w czasie gwarancji | min. 1/rok |  |  |  |  |  |
| V. SERWIS POGWARANCYJNY | | | | |  |  |  |  |
| 19 | | Pełna obsługa pogwarancyjna | TAK |  |  |  |  |  |
| 20 | | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych oraz materiałów zużywalnych od daty sprzedaży | min. 7 lat |  |  |  |  |  |
| RAZEM: | | | | | | |  |  |

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 1a - Pakiet nr 3**

**FORMULARZ CENOWY**

Składając w imieniu :

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

ofertę w przetargu nieograniczonym na zadanie:

***„Dostawa zestawu unieruchomień pacjenta i pakietu dozymetrycznego dla Zakładu Radioterapii”***

***Pakiet 3 – Dostawa parawanu, zestawu komputerowego, podestu dla pacjenta***

oferuję realizację zamówienia zgodnie z poniższymi cenami :

Oferowany zestaw jest zgodny z poniższymi parametrami określonymi przez Zamawiającego poniżej:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | PARAMETRY | WARTOŚCI WYMAGANE | TAK/NIE/WARTOŚCI OFEROWANE | Cena jednostkowa netto | VAT  % | Wartość netto | Wartość  brutto |
| 1 | Parawan dwuczęściowy chromowany na kółkach. Ekran parawanu wykonany z materiału zmywalnego. Wymiary: wysokość 165 cm, szerokość 135 cm, głębokość 45 cm +/- 10% - 3 szt. | TAK |  |  |  |  |  |
| 2 | Zestaw komputerowy: PC z monitorem, klawiaturą i myszą, wraz z pakietem aplikacji biurowych dla potrzeb zarządzania ścieżką pacjenta w Zakładzie Radioterapii  Parametry zestawu nie gorsze niż:   * Procesor min. Intel Core i7 (min. 4 rdzenie, od 1.6 GHz do 3.4 GHz) * Pamięć RAM min. 8 GB (DDR4) * Maksymalna obsługiwana ilość pamięci RAM min. 16 GB RAM * Ilość gniazd pamięci (ogółem / wolne) 2/0 * Monitor: typ ekranu - matowy, LED * Monitor: przekątna ekranu min. 23 cale * Rozdzielczość ekranu min. 1920x1080 (FullHD) * Dysk: min. 1000 GB * Wbudowane napędy optyczne: nagrywarka DVD+/-RW DualLayer * Łączność Wi-Fi, LAN, Bluetooth * Rodzaje wejść/wyjść - panel tylny min. USB 2.0-3 szt., LAN-1 szt., HDMI in-1 szt., HDMI out-1 szt., DC-in-1 szt. * Rodzaje wejść/wyjść - panel boczny lub przedni: USB 2.0-3 szt., USB 3.0-1 szt. * Zasilacz min. 90 W * Zainstalowany system operacyjny Microsoft Windows 10 (wer. 64-bit.) * Dodatkoweoprogramowanie: Pakiet biurowy MS Office 2016 : Word, Excel, PowerPoint, Outlook, OneNote, dożywotnia gwarancja, klucz produktu na pudełku * Wymagane do uruchomeinia kable i przewody * Mysz bezprzewodowa   Klawiatura bezprzewodowa | TAK,  Podać producenta, typ, model, rok produkcji |  |  |  |  |  |
| 3 | Stopień/podest dla pacjenta wykonany ze stali nierdzewnej kwasoodpornej wyposażony w nóżki z możliwością poziomowania. Blat pokryty materiałem antypoślizgowym. Wymiary: 50cm x 65cm x 43cm +/- 10% - 3 szt. | TAK, podąć wysokość |  |  |  |  |  |
| 4 | Gwarancja min. 24 m-ce | TAK, podać liczbę miesięcy |  |  |  |  |  |
| Razem: | | | | | |  |  |

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**

* Zaktualizowany załącznik nr 2 - oświadczenie, który należy dołączyć do oferty.

**Załącznik nr 2**

WYKONAWCA: (nazwa i adres Wykonawcy/ów)

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

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

NAZWA ZADANIA: ***„Dostawa zestawu unieruchomień pacjenta i pakietu dozymetrycznego dla Zakładu Radioterapii”***

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

**Prawo zamówień publicznych**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu zgodnie z art. 22 ust. 1 pkt.2) ustawy Pzp określone przez Zamawiającego w SIWZ i ogłoszeniu o zamówieniu. tj.:

- w okresie ostatnich 3-ch lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, wykonałem co najmniej jedną dostawę wyrobów do radioterapii o wartości:

- Pakiet 1 - 50.000,00 PLN netto

- Pakiet 2 - 54.000,00 PLN netto

- Pakiet 3 - 5.000,00 PLN netto

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW:**

Oświadczam, że w celu wykazania spełnienia warunków udziału w postepowaniu , określonych przez zamawiającego w pkt. ………………………………………….siwz (*wskazać pkt specyfikacji istotnych warunków zamówienia, w której określono warunki udziału w postepowaniu)* polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: *…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu****)\****

**\*niepotrzebne skreślić**

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

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

Podpis i pieczątka osób(-y) wskazanych w dokumencie

upoważniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadające pełnomocnictwo