

**FORMULARZ OFERTA WYKONAWCY  
dla zadania 5**

**Tytuł zamówienia:** Dostawa aparatury medycznej

**Numer nadany sprawie przez zamawiającego:** AG.ZP.3320. 77. 19

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym na dostawę aparatury medycznej dla Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu, opublikowanego w Biuletynie Zamówień Publicznych

1. oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:

Lp.	Nazwa	Ilość	Cena jednostkowa netto	Stawka podatku VAT	Cena jednostkowa brutto
1.	Pompa infuzyjna Model ..... nr kat. .... Producent, kraj pochodzenia .....	6 szt.			
Łączna cena netto:				Łączna cena brutto:	

Cena musi odzwierciedlać wszystkie elementy składające się na przedmiot zamówienia.

**Informacje na temat Wykonawcy:**

a) Nazwa Wykonawcy\*: .....

\* Wykonawcy wspólnie składający ofertę tj. np. członkowie konsorcjum, wspólnicy spółki cywilnej, wpisują dane każdego konsorcjanta wraz ze wskazaniem lidera konsorcjum i każdego wspólnika spółki cywilnej.

b) Adres do korespondencji:

.....  
.....

c) Osoba wyznaczona do kontaktów: .....

telefon: .....

faks do kontaktów: .....

adres e-mail do kontaktów: .....

d) Informuję, że:

a)  jest małym lub średnim przedsiębiorstwem

b)  nie jest małym lub średnim przedsiębiorstwem

(należy odpowiednio zaznaczyć punkt a) lub b)

**Oświadczamy, że:**

1. oferowany termin płatności wynosi do 30 dni licząc od daty otrzymania przez Zamawiającego faktury VAT.

2. zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i przyjmujemy ją bez zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
3. uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
4. zawarte w specyfikacji istotnych warunków zamówienia postanowienia umowy zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na określonych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.
5. zaoferowany przedmiot zamówienia jest dopuszczony do obrotu i używania na terenie Polski zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa a także zobowiązujemy się dostarczyć stosowne dokumenty na każde żądanie zamawiającego w wyznaczonym przez zamawiającego terminie.
6. wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>1</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

*\* 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).*

### **Informacje na temat podwykonawców:**

Czy wykonawca zamierza powierzyć wykonanie części zamówienia podwykonawcom: .....  
[Tak/ Nie].

Jeżeli odpowiedź jest twierdząca, proszę wskazać:

a. część zamówienia, którą wykonawca zamierza powierzyć danemu podwykonawcy:

.....  
.....

b. firmę podwykonawcy: .....

.....  
(data, podpis osoby uprawnionej)

**Pompa infuzyjna – 6 szt.**

<b>Lp.</b>	<b>Parametr/warunek</b>	<b>Wartość wymagana</b>	<b>Wartość oferowana</b>
1.	Urządzenie nowe, 2019 rok produkcji Producent Model/typ Kraj pochodzenia	TAK podać	
2.	Pompa infuzyjna dwustrzykawkowa	TAK	
3.	Dwa niezależnie programowane tory infuzyjne (nie dopuszcza się pomp infuzyjnych 1-strzykawkowych łączonych w zestaw)	TAK	
4.	Sterowanie i kontrola mikroprocesorowa	TAK	
5.	Wyświetlacz parametrów infuzji	TAK	
6.	Wbudowana klawiatura alfanumeryczna do wprowadzania wartości parametrów infuzji	TAK	
7.	Automatyczne rozpoznawanie rozmiaru i współpraca ze strzykawkami w zakresie od 5 – 50/60 ml	TAK	
8.	Możliwość stosowania strzykawek różnych producentów (minimum 4 producentów strzykawek dostępnych na rynku polskim)	TAK podać	
9.	Programowana objętość infuzji: od 0,1 do min. 999 ml	TAK podać	
10.	Regulowana szybkość podawania płynów od 0,1 ml/h do min. 2000 ml/h (dla strzykawki 50 ml)	TAK podać	
11.	Programowanie czasu infuzji przynajmniej od 1 min do 99 godzin	TAK podać	
12.	Dokładność szybkości dozowania +/-2%	TAK podać	
13.	Bolus – tryb z ręki i programowany Programowana szybkość dozowania dawki uderzeniowej (bolus) - do min. 2000 ml/h (dla strzykawki 50 ml)	TAK podać	
14.	Automatyczna likwidacja bolusa okluzyjnego	TAK	
15.	Alarmy dźwiękowe: - końca infuzji, - wystąpienia okluzji, - braku zasilania sieciowego - rozładowanych akumulatorów	TAK	
		TAK	
		TAK	
		TAK	
20.	Regulacja głośności alarmu	TAK	
21.	Regulowany próg ciśnienia okluzji – min. 5 poziomów	TAK	
22.	Programowalna funkcja KVO	TAK	
23.	Podgląd parametrów i danych infuzji	TAK	
24.	Możliwość zmiany parametrów infuzji bez konieczności przerywania wlewu	TAK	
25.	Możliwość zapamiętywania nazw leków i wyświetlania informacji o nich	TAK	
26.	Możliwość zaprogramowania profili podaży powiązanych z nazwami określonego leku – min. 16 profili	TAK podać	

27.	Możliwość zablokowania przycisków klawiatury	TAK	
28.	Funkcja autotestu aparatu	TAK	
29.	Rejestr zdarzeń min. 2000	TAK podać	
30.	Zasilanie sieciowo-akumulatorowe Czas pracy z akumulatora min. 10h przy infuzji 5ml/h Wyświetlanie informacji o stanie naładowania akumulatora	TAK podać	
31.	Uchwyt do przenoszenia pompy	TAK	
32.	Możliwość mocowania na statywie	TAK	
33.	Zasilanie pomp bezpośrednio z sieci energetycznej – niedopuszczalny jest zasilacz zewnętrzny	TAK	
34.	Komunikacja z użytkownikiem i wszystkie komunikaty na wyświetlaczu w języku polskim	TAK	
35.	Masa pompy z akumulatorem max 4,5kg	TAK podać	
36.	Podać zalecaną przez producenta częstość wykonywania przeglądów okresowych Wymienić zakres czynności wykonywanych podczas przeglądów okresowych oraz elementy zużywalne wymieniane podczas wykonywania w/w przeglądu	TAK podać	

Wymogiem jest aby wartości podane w kolumnie „Wartość oferowana” były zgodne z danymi zawartymi w oficjalnym dokumencie przedstawiającym dane techniczne ( np. Product Data, katalog producenta). Zamawiający ma prawo wystąpić do Wykonawcy o udostępnienie takiego dokumentu celem weryfikacji.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do zażądania w wyznaczonym przez siebie terminie, dokonania przez Wykonawcę prezentacji, pokazu oferowanej pompy infuzyjnej ze wszystkimi wymaganymi parametrami. Niespełnienie tego wymagania spowoduje odrzucenie oferty jako niezgodnej z treścią SIWZ.

.....  
(data, podpis osoby uprawnionej)

## Oświadczenie Wykonawcy

1. Oświadczam , że oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów (poza materiałami eksploatacyjnymi).
  
5. Na oferowany przedmiot zamówienia udzielam .....miesiący pełnej gwarancji licząc od daty podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego ( min. wymagany przez Zamawiającego okres to 36 miesięcy).
  
6. Warunki gwarancji:
  - czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia w okresie gwarancji nie dłużej niż 5 dni robocze liczony od daty zgłoszenia uszkodzenia, a w przypadku konieczności sprowadzenia części spoza granic Polski nie dłuższy niż 7 dni roboczych.
  - graniczny czas naprawy po przekroczeniu którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji - 7 dni roboczych
  - liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany na nowy element/ podzespół/ urządzenie – 3
  - siedziba autoryzowanego serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego na terenie Polski, upoważnionego do wykonywania działań serwisowych
  
- adres.....  
.....  
.....  
.....
  
7. Oświadczam, że w ramach oferowanej gwarancji będą wykonywane przeglądy zalecane przez producenta z częstotliwością .....  
Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji. Wszystkie czynności związane z wykonaniem przeglądu odbywać się będą na koszt Wykonawcy.
  
8. Dostępność części zamiennych min. 8 lat od daty odbioru.
  
9. Oświadczam , że wraz z dostawą dostarczę instrukcję obsługi w języku polskim zawierającą zapisy dotyczące bezpieczeństwa użytkownika i bezpieczeństwa pacjenta (wersja papierowa i elektroniczna) oraz instrukcję serwisową.
  
10. Oświadczam, że bezpośredni użytkownicy zostaną przeszkoleni w zakresie obsługi przedmiotu zamówienia.
  
11. Oświadczam, że zostanie przeprowadzone szkolenie serwisowe w siedzibie Zamawiającego dla pracowników Inżynierii Klinicznej potwierdzone wydaniem certyfikatu na wykonywanie napraw, konserwacji i przeglądów oferowanych pomp infuzyjnych po okresie obowiązywania gwarancji.

.....  
(data, podpis osoby uprawnionej)