

**FORMULARZ OFERTA WYKONAWCY  
dla zadania 3**

**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.	Materac przeciwoleżynowy dynamiczny Model ..... nr kat. .... Producent, kraj pochodzenia .....	8 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)

---

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).

**Materac przeciwoodleżynowy dynamiczny – 8 szt.**

<b>Lp.</b>	<b>Parametr warunk</b>	<b>Wartość wymagana</b>	<b>Wartość oferowana</b>
1.	Urządzenie fabrycznie nowe, 2019 rok produkcji Producent Model/typ Kraj pochodzenia	TAK podać	
2.	Materac powietrzny, terapeutyczny, przeznaczony do wszystkich stopni odleżyn	TAK podać	
3.	System pracy zmiennociśnieniowy	TAK opisać	
4.	Budowa materaca ma usprawniać przepływ krwi oraz wspomagać wymianę tlenu i substancji odżywczych między komórkami ciała a systemem krwionośnym	TAK opisać	
5.	Materac kładziony bezpośrednio na ramę łóżka, zbudowany co najmniej 20 poprzecznych komór z zabezpieczeniem antyrotacyjnym wykonanych z elastycznego, nieusztynionego trwałego poliuretanu odpornego na rozciąganie i pęknięcia	TAK opisać	
6.	Wysokość komór po napompowaniu min. 20 cm.	TAK podać	
7.	Wymiary materaca po napompowaniu 200x85cm (+/-5cm)	TAK podać	
8.	Materac wytrzymały na obciążenie sięgające 240 kg masy ciała pacjenta	TAK podać	
9.	Odporność na proces mycia i dezynfekcji	TAK opisać	
10.	Możliwość wymiany pojedynczych komór	TAK opisać	
11.	Możliwość indywidualnego wyłączenia pracy niektórych komór (szybkozłączki komór)	TAK opisać	
12.	Materac wyposażony w system kontroli ciśnienia, w którym przygotowanie optymalnych stref rozkładu niskiego ciśnienia następuje automatycznie bez względu na wielkość, masę i pozycję pacjenta	TAK opisać	
13.	System komór spodnich, stale wypełnionych powietrzem w celu zabezpieczenia pacjenta przed kontaktem z konstrukcją łóżka	TAK opisać	
14.	Materac pokryty zapinanym na zamek pokrowcem, przepuszczającym parę wodną i powietrze, a zatrzymującym ciecze, wykonanym z materiału rozciągliwego we wszystkich kierunkach. Możliwość mycia i dezynfekcji pokrowca w temp. min 90 st.C i suszenia w temp min 100 st.C.	TAK opisać	
15.	Możliwość szybkiego spuszczenia powietrza z materaca. Zawór CPR oznaczony napisem i wyróżniający się kolorem	TAK opisać	
16.	Możliwość transportu pacjenta na materacu pozbawionym zasilania min. 2h	TAK podać	
17.	Pompa ze sterowaniem mikroprocesorowym, przygotowana do pracy w trybie ciągłym - panel sterujący umożliwiający dokonywanie indywidualnych zmian ustawień	TAK opisać	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- wybór trybu statycznego, dynamicznego i maksymalnego wypełnienia z funkcją auto-powrotu</li> <li>- wydajność pompy min. 15 l/min</li> <li>- funkcja wyboru ciśnienia w zakresie od 10 do 40mmHg (+/- 5mmHg)</li> <li>- alarm wizualny i dźwiękowy braku zasilania</li> <li>- alarm wizualny i dźwiękowy spadku ciśnienia</li> <li>- możliwość zawieszenia pompy na ramę łóżka od strony nóg</li> <li>- funkcja zabezpieczenia wprowadzonych parametrów dla pracy pompy przed ich przypadkową zmianą</li> <li>- funkcja pamięci wprowadzonych parametrów pracy .</li> <li>- W przypadku chwilowego braku zasilania energetycznego system ma wznowić pracę zgodnie z wprowadzonymi ostatnio parametrami pracy</li> <li>- podłączenie do przewodu powietrznego materaca za pomocą szybkozłączki</li> <li>- wymienny zewnętrzny filtr antybakteryjny</li> <li>- wymienny, zewnętrzny mechaniczny filtr powietrza</li> <li>- kabel sieciowy zasilający z możliwością odłączenia od strony pompy (wymienny) o dł. min. 4m</li> </ul>		
<b>18.</b>	<p>Podać zalecaną przez producenta częstość wykonywania przeglądów okresowych</p> <p>Wymienić zakres czynności wykonywanych podczas przeglądów okresowych oraz elementy zużywalne wymieniane podczas wykonywania w/w przeglądu</p>	TAK	

Wymogiem jest aby wartości podane w kolumnie „Wartość oferowana” były zgodne z danymi zawartymi w oficjalnym dokumencie producenta przedstawiającym dane techniczne - Product Data. 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 oferowanego materaca wraz z pompą. 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).
  2. Na oferowany przedmiot zamówienia udzielam .....miesiący pełnej gwarancji licząc od daty podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego ( min. wymagany przez Zamawiającego okres to 36 miesięcy).
  3. Warunki gwarancji:
    - czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia w okresie gwarancji nie dłużej niż 5 dni robocze liczone 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.....  
.....  
.....  
.....
4. Oświadczam, że w ramach oferowanej gwarancji będą wykonywane przeglądy zalecane przez producenta. z częstością .....  
Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji. Wszystkie czynności związane z wykonaniem przeglądu odbywać się będą na koszt Wykonawcy.
  5. Dostępność części zamiennych min. 8 lat od daty odbioru.
  6. Oświadczam, że wraz z dostawą dostarczę instrukcję obsługi w języku polskim zawierającą zapisy dotyczące bezpieczeństwa użytkownika i bezpieczeństwa pacjenta (wersja papierowa i elektroniczna).
  7. Oświadczam, że bezpośredni użytkownicy zostaną przeszkoleni w zakresie obsługi przedmiotu zamówienia.

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