*Załącznik Nr 1 do zaproszenia*

*AT.Z.2150.47.1.2024*

*………………………………………..*

(miejscowość, data)

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

(pieczątka wykonawcy)

tel.: ................................…...

**Samodzielny Publiczny**

**Szpital Wojewódzki**

**im. Papieża Jana Pawła II**

**ul. Al. Jana Pawła II 10**

**22-400 Zamość**

**e-mail: szpital@szpital.zam.pl**

**OFERTA WYKONAWCY**

**dla Zadania nr 2**

Odpowiadając na Państwa zaproszenie do złożenia oferty (Sprawa: AT.Z.2150.47.1.2024)oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia **dla Zadania nr 2** zgodnie z wymogami opisu:

za kwotę netto: ................................................................zł

(słownie: ……….................................................................. zł)

stawka podatku VAT ............................. %

brutto: .................................................. zł

(słownie: ……….................................................................. zł)

1. 1. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
2. 2. Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję postanowienia zawarte w projekcie umowy.
3. 3. Oświadczam, że wykonam przedmiot zamówienia w terminie **14 dni licząc od daty zawarcia umowy**.
4. 4. Oferuję termin płatności ....... dni licząc od daty otrzymania przez Zamawiającego faktury VAT (minimalny wymagany przez Zamawiającego – **60 dni**).
5. 5. Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia jest fabrycznie nowy, kompletny i będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów (poza materiałami eksploatacyjnymi).
6. 6. Na oferowany asortyment udzielam ....... miesięcy pełnej gwarancji licząc od daty podpisania Protokołu Odbioru (min. wymagany przez Zamawiającego okres to  **24 miesiące**).

7. Warunki gwarancji:

- czas oczekiwania usunięcia uszkodzenia w okresie gwarancji nie dłużej niż **5 dni roboczych** liczonych od daty zgłoszenia, 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 …………………… (max.7dni roboczych),

- liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany na nowy element/podzespół/moduł …………… (max. ilość napraw dopuszczonych przez Zamawiającego – 3),

- siedziba autoryzowanego serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego upoważnionego do wykonywania działań serwisowych:

Adres: …………………………………………….………….

………………………………………………………….

………………………………………………………….

8. Oświadczam, że w ramach oferowanej gwarancji będą wykonywane przeglądy zalecane przez producenta. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu obowiązywania gwarancji. Wszystkie czynności związane wykonaniem przeglądu odbywać się będą na koszt Wykonawcy.

9. Dostępność części zamiennych min. 8 lat od daty odbioru.

10. Oświadczam, że wraz z dostawą dostarczę instrukcję obsługi w języku polskim zawierającą zapisy dotyczące bezpieczeństwa użytkownika i bezpieczeństwa pacjenta.

11. Oświadczam, że bezpośredni użytkownicy zostaną przeszkoleni w zakresie obsługi przedmiotu zamówienia.

12. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej zamieszczonej w załączniku nr5 do niniejszego Zaproszenia, w tym z informacją o celu, podstawie prawnej i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie do ich poprawiania

13. Załącznikami do niniejszego formularza oferty wykonawcy stanowiącymi jej integralną część są:

1. aktualny odpis z właściwego rejestru (np. KRS) lub centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej,
2. pełnomocnictwo w oryginale bądź notarialnie poświadczone w przypadku podpisania niniejszej oferty przez pełnomocnika,

c) karta produktu zawierająca minimalne dane na temat wymaganych parametrów technicznych

określonych w opisie przedmiotu zamówienia z podaniem producenta.

………………………………………………………..

\*) podpis osoby uprawnionej /upoważnionej

do reprezentowania Wykonawcy

Załącznik nr 2 do zaproszenia

AT.Z.2150.47.1.2024

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

(pieczęć Wykonawcy)

**OFERTA CENOWA**

**Zadanie nr 2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Asortyment/ model/nr kat. | Ilość | Cena jednostkowa netto  w PLN | Stawka podatku VAT  w % | Cena jednostkowa brutto  w PLN | Łączna cena netto (wynik pomnożenia ilości przez cenę jednostkową netto) | Łączna cena  brutto(łączna cena netto powiększona  o VAT) | Producent |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6  (4 + 5) | 7  (3 x 4 ) | 8  (7 + 5) | 9 |
| 1 | Stół zabiegowy  Model: …………………  Nr kat.: ................... | 2  szt |  |  |  |  |  |  |
| X | Razem | x | x | x | x |  |  | X |

Łącznie wartość brutto (słownie): ............................................................................................................

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

podpis osoby uprawnionej /upoważnionej \*

*Załącznik nr 3 do Zaproszenia*

*AT.Z.2150.47.1.2024*

Parametry stołu zabiegowego:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry techniczne** | **Wymagane** | **Oferowane**  (podać zakresy lub opisać) |
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe, 2023-2024rok produkcji  Producent  Model  Kraj pochodzenia | TAK, podać |  |
| 2. | Stół zabiegowy z regulacją hydrauliczną | TAK |  |
| 3. | Dopuszczalne obciążenie do 170kg | TAK |  |
| 4. | Zakres regulacji wysokości od 50 - do 110cm | TAK |  |
| 5. | długość: 210cm, szerokość: 80cm | TAK |  |
| 4. | Bez systemu jezdnego | TAK |  |
| 5. | Uchwyt na prześcieradło | TAK |  |
| 6. | Regulacja kąta podgłówka | TAK |  |
| 7. | Stelaż- kolor biały, malowany proszkowo  tapicerka- kolor żółty, materiał zmywalny, odporny na środki dezynfekcyjne | TAK |  |