*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 1**

Odpowiadając na Państwa zaproszenie do złożenia oferty (Sprawa: AT.Z.2150.47.1.2024)oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia **dla Zadania nr 1** 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**. **Wykonanie przedmiotu zamówienia jest równoznaczne z montażem lampy zabiegowej sufitowej** (dot. Zadania nr 1, pkt. a).
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 oferowane lampy udzielam ....... miesięcy pełnej gwarancji licząc od daty podpisania Protokołu Odbioru (min. wymagany przez Zamawiającego okres to  **36 miesięcy**).

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. Szkolenie zostanie zakończone wydaniem certyfikatu/zaświadczenia.

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 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | a)Lampa zabiegowa **sufitowa**  Model: …………………  Nr kat.: ................... | 1  szt |  |  |  |  |  |  |
| b)lampa zabiegowa **jezdna**  Model: …………………..  Nr kat.: ………………….. | 1  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 techniczne lamp zabiegowych:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry techniczne** | **Wymagane** | **Oferowane**  (podać zakresy lub opisać) |
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe, 2024rok produkcji  Producent  Model/typ  Kraj pochodzenia | TAK, podać |  |
| 2. | Lampa jednoczaszowa, bezcieniowa z diodowym źródłem światła | TAK |  |
| 3. | Lampa o zwartej, jednolitej, okrągłej konstrukcji. Nie dopuszcza się czaszy o wyraźnie rozdzielonej konstrukcji (wielodzielnej, modułowej) | TAK |  |
| 4. | Średnica czaszy lampy max.500mm | TAK,podać |  |
| 5. | Natężenie oświetlenia min. 120 000 lux w odległości 1m od czoła lampy | TAK, podać |  |
| 6. | Regulowane natężenia oświetlenia | TAK |  |
| 7. | Regulowana temperatura barwowa | TAK |  |
| 8. | Regulowane pole operacyjne | TAK |  |
| 9. | Żywotność układu świetlnego min. 50 000 godzin | TAK, podać |  |
| 10. | Lampa mocowana do sufitu – 1 sztuka. Obrotowy wysięgnik o łącznej długości ramion min. 160 cm. Co najmniej jedno ramię uchylne, umożliwiające regulację wysokości. Zasilacz lampy umieszczony przy suficie/pod maskownicą stropową- nie dopuszcza się zasilaczy montowanych na ścianie. Włącznik/wyłącznik lampy umieszczony na czaszy lub ramieniu lampy. | TAK, podać |  |
| 11. | Lampa jezdna – 1sztuka. Statyw jezdny na obrotowych kołach, min. 2 koła z blokadą. Ramię uchylne o dł. min. 80 cm. Przewód zasilający o długości min. 4m. | TAK, podać |  |
| 12. | 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 |  |
| **Zamawiający informuje, że Wykonawca przed złożeniem oferty ( w celu jej właściwego skalkulowania oraz określenia zakresu niezbędnych prac do wykonania) jest uprawniony do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym będzie zamontowana lampa.**  **Miejsce montażu:**  **- gabinet diagnostyczno-zabiegowy na Oddziale Pediatrycznym (Budynek C, prawe skrzydło)**  **- wysokość: ok. 3m**  **- strop nad pomieszczeniem: strop Ackermana**  **- doprowadzony przewód zasilający: 3x1,5mm**  **- nad pomieszczeniem znajduje się sala obserwacyjna SOR - Zamawiający dopuszcza montaż lampy jedynie poprzez kotwienie w spodniej części stropu.** | | | |
| **Warunki gwarancji i serwisu** | | | |
| 1. | Okres gwarancji na lampy - min.36m-cy | Tak/podać |  |
| 2. | 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 | tak |  |
| 3. | Graniczny czas naprawy po przekroczeniu którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji (max. 7 dnia roboczych) | TAK, podać |  |
| 4. | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany na nowy element/podzespół/moduł – (max. ilość napraw dopuszczonych przez Zamawiającego – 3) | TAK, podać |  |
| 5. | W okresie gwarancji bezpłatne przeglądy gwarancyjne zgodnie z zaleceniami producenta. Podać zalecaną przez producenta częstość wykonywania przeglądów okresowych. Wymienić zakres czynności wykonywanych podczas przeglądów okresowych oraz elementy zużywalne wymieniane podczas wykonywania w/w przeglądu. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu obowiązywania gwarancji. | Tak/podać |  |
| 6. | Dostępność części zamiennych min. 8 lat od daty odbioru. | TAK |  |