

## FORMULARZ OFERTY

### Nazwa (lub imię i nazwisko) Wykonawcy

Solve Medical Sp. z o. o.

### Adres siedziby (lub zamieszkania) Wykonawcy:

ulica: Gen. Orlicz-Dreszera 1 lok. 31, kod pocztowy 15-797 miejscowość: Białystok,

województwo: podlaskie kod NUTS: 2

REGON 382752860 NIP 542-335-20-68 KRS 0000775245

### Telefon oraz e-mail Wykonawcy

Te. 604 447 997, [biuro@solvemedical.pl](mailto:biuro@solvemedical.pl)

### Imię, nazwisko i stanowisko służbowe osoby upoważnionej do podpisania oferty:

Marta Smyk – Kierownik biura

(proszę załączyć pełnomocnictwo – jeśli dotyczy)

### Imię, nazwisko i stanowisko służbowe osoby upoważnionej do podpisania umowy:

Szymon Zambrzycki – Prezes Zarządu

(proszę dołączyć pełnomocnictwo – jeśli dotyczy)

Imię i nazwisko, stanowisko służbowe oraz numer telefonu osoby wyznaczonej przez Wykonawcę do koordynowania realizacji przedmiotu umowy oraz przekazywania wzajemnych uwag wynikających z realizacji niniejszej umowy:

Marta Smyk – Kierownik biura, tel. 604 447 997

- Wykonawca pochodzi z innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej **TAK / NIE\***
- Wykonawca pochodzi z innego państwa nie będącego członkiem Unii Europejskiej: **TAK/ NIE\***
- Rodzaj Wykonawcy:  mikroprzedsiębiorstwo  małe przedsiębiorstwo  średnie przedsiębiorstwo<sup>1</sup>  jednoosobowa działalność gospodarcza  osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej  inny rodzaj\*
- Wykonawca ubiega się o udzielenie zamówienia wspólnie z innym Wykonawcą **TAK / NIE\***

<sup>1</sup> (zgodnie z zaleceniem Komisji Europejskiej z dnia 6 maja 2003 r. (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). **Mikroprzedsiębiorstwo**: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR. **Małe przedsiębiorstwo**: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR. **Średnie przedsiębiorstwo**: przedsiębiorstwo, które nie jest mikroprzedsiębiorstwem ani małym przedsiębiorstwem i które zatrudnia mniej niż 250 osób i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.

1. W odpowiedzi na ogłoszenie dotyczące zamówienia pn. „**Zakup sprzętu medycznego, szpitalnego oraz wyposażenia biurowego do Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lęborku**” SKŁADAM OFERTĘ na wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w SWZ, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia, na następujących warunkach:

**Część nr 1**

**Wartość netto:** ..... zł, **co stanowi wartość brutto:** ..... zł,  
**podatek VAT** .....%  
**Oferowany okres gwarancji:** ..... miesięcy

**Część nr 2**

**Wartość netto:** ..... zł, **co stanowi wartość brutto:** ..... zł,  
**podatek VAT** .....%  
**Oferowany okres gwarancji:** ..... miesięcy

**Część nr 3**

**Wartość netto:** ..... zł, **co stanowi wartość brutto:** ..... zł,  
**podatek VAT** .....%  
**Oferowany okres gwarancji:** ..... miesięcy

**Część nr 4**

**Wartość netto:** ..... zł, **co stanowi wartość brutto:** ..... zł,  
**podatek VAT** .....%  
**Oferowany okres gwarancji:** ..... miesięcy

**Parametry techniczne oferowanego inkubatora, podlegające ocenie:**

PK2	Parametry oceniane	
PT1	Wysokość od podłogi do materacyka regulowana elektrycznie w min. zakresie 30 cm	Proszę podać zakres .....
PT2	Zewnętrzny, dotykowy wyświetlacz LCD o przekątnej min. 7 cali, umożliwiający obserwację i obsługę ekranu z lewej i prawej strony inkubatora.	Proszę podać przekątną ekranu .....
PT3	Poziom głośności wewnątrz kopuły w decybelach w czasie pracy inkubatora z <b>włączonym nawilżaniem i podażą tlenu max. 45 dB</b>	Proszę podać poziom głośności .....

**Część nr 5**

Wartość netto: ..... zł, co stanowi wartość brutto: ..... zł,

podatek VAT .....%

Oferowany okres gwarancji: ..... miesięcy

**Część nr 6**

Wartość netto: ..... zł, co stanowi wartość brutto: ..... zł,

podatek VAT .....%

Oferowany okres gwarancji: ..... miesięcy

Parametry techniczne oferowanego urządzenia, podlegające ocenie:

PK2	Parametry oceniane	Zakres (proszę podać)
PT1	Waga kardiomonitora nie większa niż 3,5 kg z akumulatorem	Proszę podać wagę .....
PT2	Analiza zaburzeń rytmu z rozpoznawaniem min.20 zaburzeń	Proszę podać ilość rozpoznawanych zaburzeń .....
PT3	Ustawienie głośności sygnalizacji alarmowej w zakresie min 8 poziomów	Proszę podać ilość poziomów głośności .....

**Część nr 7**

Wartość netto: ..... zł, co stanowi wartość brutto: ..... zł,

podatek VAT .....%

Oferowany okres gwarancji: ..... miesięcy

**Część nr 8**

Wartość netto: ..... zł, co stanowi wartość brutto: ..... zł,

podatek VAT .....%

Oferowany okres gwarancji: ..... miesięcy

**Część nr 9**

Wartość netto: ..... zł, co stanowi wartość brutto: ..... zł,

podatek VAT .....%

Oferowany okres gwarancji: ..... miesięcy

**Część nr 10**

Wartość netto: ..... zł, co stanowi wartość brutto: ..... zł,  
podatek VAT .....%

Oferowany okres gwarancji: ..... miesięcy

**Część nr 11**

Wartość netto: ..... zł, co stanowi wartość brutto: ..... zł,  
podatek VAT .....%

Oferowany okres gwarancji: ..... miesięcy

**Część nr 12**

Wartość netto: ..... zł, co stanowi wartość brutto: ..... zł,  
podatek VAT .....%

Oferowany okres gwarancji: ..... miesięcy

**Część nr 13**

Wartość netto: ..... zł, co stanowi wartość brutto: ..... zł,  
podatek VAT .....%

Oferowany okres gwarancji: ..... miesięcy

**Parametry techniczne oferowanego urządzenia, podlegające ocenie:**

PK2	Parametry oceniane	
PT1	Czas pracy na akumulatorze przy zaniku zasilania min. 90 minut	Proszę podać czas .....
PT2	Hierarchia ważności alarmów min. na 2 poziomach	Proszę podać .....
PT3	Możliwość ustawienia głośności alarmów min. 8 poziomów	Proszę podać ilość poziomów .....
PT4	Kardiomonitor modułowy stacjonarno-przenośny o masie nie większej niż 5,5 kg z akumulatorem	Proszę podać masę .....
PT5	Analiza zaburzeń rytmu z rozpoznawaniem min.20 zaburzeń	Proszę podać rozpoznawaną ilość zaburzeń .....
PT6	Ustawienie głośności sygnalizacji alarmowej w zakresie min 8 poziomów	Proszę podać ilość poziomów głośności .....

**Część nr 14**

**Wartość netto: 264 900,00 zł, co stanowi wartość brutto: 286 092,00 zł, podatek VAT 8%**

**Oferowany okres gwarancji: 24 miesiące**

**Część nr 15**

**Wartość netto: ..... zł, co stanowi wartość brutto: ..... zł, podatek VAT .....%**

**Oferowany okres gwarancji: ..... miesięcy**

**Część nr 16**

**Wartość netto: ..... zł, co stanowi wartość brutto: ..... zł, podatek VAT .....%**

**Oferowany okres gwarancji: ..... miesięcy**

**Część nr 17**

**Wartość netto: ..... zł, co stanowi wartość brutto: ..... zł, podatek VAT .....%**

**Oferowany okres gwarancji: ..... miesięcy**

**Część nr 18**

**Wartość netto: ..... zł, co stanowi wartość brutto: ..... zł, podatek VAT .....%**

**Oferowany okres gwarancji: ..... miesięcy**

**Część nr 19**

**Wartość netto: ..... zł, co stanowi wartość brutto: ..... zł, podatek VAT .....%**

**Oferowany okres gwarancji: ..... miesięcy**

**Część nr 20**

**Wartość netto: ..... zł, co stanowi wartość brutto: ..... zł, podatek VAT .....%**

**Oferowany okres gwarancji: ..... miesięcy**

**Część nr 21**

**Wartość netto:** ..... zł, **co stanowi wartość brutto:** ..... zł,  
**podatek VAT** .....%

**Oferowany okres gwarancji:** ..... miesięcy

**Część nr 22**

**Wartość netto:** ..... zł, **co stanowi wartość brutto:** ..... zł,  
**podatek VAT** .....%

**Oferowany okres gwarancji:** ..... miesięcy

**Część nr 23**

**Wartość netto:** ..... zł, **co stanowi wartość brutto:** ..... zł,  
**podatek VAT** .....%

**Oferowany okres gwarancji:** ..... miesięcy

**Część nr 24**

**Wartość netto:** ..... zł, **co stanowi wartość brutto:** ..... zł,  
**podatek VAT** .....%

**Oferowany okres gwarancji:** ..... miesięcy

**Część nr 25**

**Wartość netto:** ..... zł, **co stanowi wartość brutto:** ..... zł,  
**podatek VAT** .....%

**Oferowany okres gwarancji:** ..... miesięcy

**Część nr 26**

**Wartość netto:** ..... zł, **co stanowi wartość brutto:** ..... zł,  
**podatek VAT** .....%

**Oferowany okres gwarancji:** ..... miesięcy

Informuję, iż wybór oferty ~~będzie~~ /nie będzie prowadzić\* do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług<sup>2</sup>:

<sup>2</sup> Mechanizm podzielonej płatności ma zastosowanie w transakcjach z zagranicznymi kontrahentami, gdy przedsiębiorca dokonuje wewnątrzspółnotowego nabycia usług (WNT), importu usług lub nabywa usługi od

wskazanie nazwy (rodzaju) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego: .....

wskazanie wartości towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym zamawiającego, bez kwoty podatku: .....

wskazanie stawki podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą wykonawcy, będzie miała zastosowanie: .....

2. Oświadczam, że zaoferowane wyroby medyczne, stanowiące przedmiot zamówienia, spełniają wymagania określone w ustawie z dnia 07.04.2022 r. o wyrobach medycznych, w tym wymagania zasadnicze oraz dla wprowadzenia ich jako wyrobu medycznego do obrotu oraz posiadają dokumenty dopuszczające ich stosowanie w służbie zdrowia na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.\* / ~~Oświadczam, że niżej wymienione wyroby objęte przedmiotem zamówienia, nie zostały zakwalifikowane przez producenta jako wyroby medyczne w rozumieniu ustawy z dnia 07.04.2022 r. o wyrobach medycznych, w związku z czym nie podlegają przepisom cytowanej ustawy, ani dyrektywom europejskim.\*~~

.....

(proszę wskazać nazwę produktu oraz nr części)

3. Oświadczam, że zaoferowany asortyment jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia, stanowiącym Załącznik nr 4.14 do SWZ (proszę wskazać nr załącznika, zgodnie z zakresem złożonej oferty) i spełnia wszystkie wymagania Zamawiającego.
4. Termin płatności wymagany przez Zamawiającego to **30 dni** od daty dostarczenia faktury VAT do siedziby Zamawiającego. Na fakturze powinien znajdować się numer umowy, której faktura dotyczy.
5. Przewiduję powierzenie podwykonawcom realizacji zamówienia **TAK / NIE** \*

lp	Nazwa/firma podwykonawcy	Wskazanie nazwy oraz wartości procentowej części zamówienia lub/i wartość powierzonej części zamówienia
X	X	X
X	X	X

---

firmy spoza Unii Europejskiej. Wykaz towarów i usług objętych mechanizmem podzielonej płatności zawiera Załącznik nr 15 do ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług.

6. Oświadczam, że:

- 1) zapoznałem się i akceptuję w całości wszystkie warunki zawarte w SWZ, w tym istotne postanowienia umowy;
- 2) uzyskałem wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty;
- 3) jestem związany niniejszą ofertą przez okres wskazany w SWZ;
- 4) zobowiązuję się, w przypadku wyboru oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w SWZ;
- 5) wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia 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) 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 wykonawcy nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie lub wskazanie „nie dotyczy”)*

7. Niniejsza oferta zawiera informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być udostępniane. Na okoliczność tego wykazuję/-my skuteczność takiego zastrzeżenia w oparciu o przepisy art. 11 ust. 4 cyt. ustawy w oparciu o następujące uzasadnienie: .....

\* niepotrzebne skreślić

**UWAGA: formularz oferty MUSI być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy. Zaleca się, aby przy podpisywaniu oferty zaznaczyć opcję widoczności podpisu.**