

FORMULARZ OFERTY

Nazwa (lub imię i nazwisko) Wykonawcy

BitBlue Frost Krzysztof i Justyna Chomiuk Sp. J.

Adres siedziby (lub zamieszkania) Wykonawcy:

ulica: Św. Jana 33, kod pocztowy 43. - 267 miejscowość: Suszec,

województwo: śląskie. kod NUTS: PL22C Tyski ..

REGON 243439331 NIP 243439331 KRS 0000488612

Telefon oraz e-mail Wykonawcy

tel. 509 629 304, e-mail: biuro@bitbluefrost.pl.....

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

Krzysztof Chomiuk - wspólnik/KRS

(proszę załączyć pełnomocnictwo – jeśli dotyczy)

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

Krzysztof Chomiuk - wspólnik/KRS

(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:

Krzysztof Chomiuk – wspólnik/KRS, tel. 509 629 304.

- 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 przedsiębiorstwo¹ ·
jednoosobowa · działalność gospodarcza · osoba fizyczna · nieprowadząca działalności
gospodarczej · inny rodzaj*
- Wykonawca ubiega się o udzielenie zamówienia wspólnie z innym Wykonawcą **TAK / NIE***

1 (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 OFERTE 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:

PK 2	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 włączonym nawilżaniem i podażą tlenu max. 45 dB	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:

PK 2	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:

PK 2	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: zł, **co stanowi wartość brutto:** zł,
podatek VAT%

Oferowany okres gwarancji: miesięcy

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: 4400,00 zł, **co stanowi wartość brutto:** 5412,00 zł, **podatek VAT 23%**

Oferowany okres gwarancji: 24 miesięcy

Część nr 26

Wartość netto: 5200,00 zł, **co stanowi wartość brutto:** 6396,00 zł, **podatek VAT 23%**

Oferowany okres gwarancji: 24 miesięcy

Informuję, iż wybór oferty ~~będzie prowadzić~~ /nie będzie prowadzić* do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług²:

² Mechanizm podzielonej płatności ma zastosowanie w transakcjach z zagranicznymi kontrahentami, gdy przedsiębiorca dokonuje wewnątrzwspólnotowego nabycia usług (WNT), importu usług lub nabywa usługi od 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.

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:*~~

Część nr 25 chłodziarko-zamrażarka SHARP SJ-FBA05DTXLE-EU oraz część nr 26 chłodziarka farmaceutyczna KYC140G (proszę wskazać nazwę produktu oraz nr części)

3. Oświadczam, że zaoferowany asortyment jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia, stanowiącym Załącznik nr ...4.5 oraz 4.26 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** *

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

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 wykonawca 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.