



Starostwo Powiatowe w Lęborku

Sekretariat: 59 863 28 25, 84 - 300 Lębork, ul. Czolgistów 5
fax: 59 862 14 06, e-mail: sekretariat@starostwolebork.pl

25
LAT *Samorządu*
Powiatu Lęborskiego
1999 - 2024



Załącznik nr 1 do SWZ

FORMULARZ OFERTY

Nazwa (lub imię i nazwisko) Wykonawcy

LUKRUM Kamil Bielecki

Adres siedziby (lub zamieszkania) Wykonawcy:

ulica: Śliwkowa 5, kod pocztowy 82- 520 miejscowość: Bądk,

województwo: pomorskie kod NUTS: PL0B

REGON 386206975 NIP 581-19-71-183

Telefon oraz e-mail Wykonawcy

699-121-022, kamil.bielecki@lukrum.pl

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

Kamil Bielecki, właściciel

(proszę załączyć pełnomocnictwo – jeśli dotyczy)

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

Kamil Bielecki, właściciel

(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:

Kamil Bielecki, właściciel, tel.: 699-121-022



Starostwo Powiatowe w Lęborku

Sekretariat: 59 863 28 25, 84 - 300 Lębork, ul. Czolgistów 5
fax: 59 862 14 06, e-mail: sekretariat@starostwoleborg.pl

25
LAT *Samorządu*
Powiatu Lęborskiego
1999 - 2024



- Wykonawca pochodzi z innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej **NIE***
 - Wykonawca pochodzi z innego państwa nie będącego członkiem Unii Europejskiej: **NIE***
 - Rodzaj Wykonawcy: mikroprzedsiębiorstwo małe przedsiębiorstwo średnie przedsiębiorstwo¹ x jednoosobowa działalność gospodarcza osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej inny rodzaj*
 - Wykonawca ubiega się o udzielenie zamówienia wspólnie z innym Wykonawcą **NIE***
1. W odpowiedzi na ogłoszenie dotyczące zamówienia pn. „**Wyposażenie Oddziałów Położniczo-Ginekologicznego, Neonatologicznego i Pediatrycznego oraz ZOL/ZPO w sprzęt medyczny, szpitalny oraz wyposażenie biurowe**” SKŁADAM OFERTE¹ 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

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.



Starostwo Powiatowe w Lęborku

Sekretariat: 59 863 28 25, 84 - 300 Lębork, ul. Czolgistów 5
fax: 59 862 14 06, e-mail: sekretariat@starostwoleborg.pl

25
LAT *Samorządu*
Powiatu Lęborskiego
1999 - 2024



Część nr 4

Wartość netto: 114 000,00 zł, co stanowi wartość brutto: 140 220,00 zł, podatek VAT 23%

Oferowany okres gwarancji: 24 miesięcy

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

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



Starostwo Powiatowe w Lęborku

Sekretariat: 59 863 28 25, 84 - 300 Lębork, ul. Czolgistów 5
fax: 59 862 14 06, e-mail: sekretariat@starostwoleborg.pl

25

LAT *Samorządu*
Powiatu Lęborskiego
1999 - 2024



POLSKI
ŁAD



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

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



Starostwo Powiatowe w Lęborku

Sekretariat: 59 863 28 25, 84 - 300 Lębork, ul. Czolgistów 5
fax: 59 862 14 06, e-mail: sekretariat@starostwoleborg.pl

25

LAT *Samorządu*
Powiatu Lęborskiego
1999 - 2024



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

Parametry techniczne oferowanego inkubatora, podlegające ocenie:

PK2	Parametry oceniane	
PT1	Wysokość od podłogi do materacyka regulowana elektrycznie w min. zakresie 30 cm	Proszę podać
PT2	Zewnętrzny, dotykowy wyświetlacz LCD o przekątnej min. 7 cali, umożliwiający obserwację i obsługę ekranu z lewej i prawej strony inkubatora.	Proszę podać



Starostwo Powiatowe w Lęborku

Sekretariat: 59 863 28 25, 84 - 300 Lębork, ul. Czolgistów 5
fax: 59 862 14 06, e-mail: sekretariat@starostwoleborg.pl

25

LAT *Samorządu*
Powiatu Lęborskiego
1999 - 2024



PT3	Poziom głośności wewnątrz kopuły w decybelach w czasie pracy inkubatora z włączonym nawilżaniem i podażą tlenu max. 45 dB	Proszę podać
-----	--	-----------------------

Część nr 21

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

Oferowany okres gwarancji: miesięcy

Parametry techniczne oferowanego inkubatora, podlegające ocenie:

Poz. 1

PK2	Parametry oceniane	
PT1	Inkubator wyposażony w zintegrowane delikatne światło nocne umieszczone w przedziale pacjenta	Proszę podać
PT2	Zintegrowany, zsynchronizowany z innymi źródłami ciepła ogrzewany materacyk, sterowany z pulpitu inkubatora	Proszę podać
PT3	Manewr podniesienia kopuły i przejścia pomiędzy trybami otwartym/zamkniętym lub zamkniętym/otwartym w czasie nie dłuższym niż 2 sek.	Proszę podać
PT4	Tryb przejściowy zapewniający ciągłe ogrzewanie pacjenta i minimalizujący straty ciepłe – ciągła praca promiennika również podczas pracy w trybie inkubatora zamkniętego	Proszę podać
PT5	Funkcja autoczyszczenia nawilżacza	Proszę podać
PT6	Tryb AUTO zapewniający automatyczny dobór poziomu nawilżania do zadanej temperatury powietrza w inkubatorze	Proszę podać

Poz. 2

PK2	Parametry oceniane	
PT1	Waga z akumulatorem < 225 g	Proszę podać wagę
PT2	Urządzenie wyposażone w lampę ksenonową zapewniającą min. 150 000 pomiarów	Proszę podać



Starostwo Powiatowe w Lęborku

Sekretariat: 59 863 28 25, 84 - 300 Lębork, ul. Czolgistów 5
fax: 59 862 14 06, e-mail: sekretariat@starostwoleborg.pl

25

LAT *Samorządu*
Powiatu Lęborskiego
1999 - 2024



PT3	Pamięć min. 100 pomiarów	Proszę podać
PT4	Możliwość transmisji danych przez złącze USB protokół HL-7 i CSV	Proszę podać

Poz. 3

PK2	Parametry oceniane	
PT1	Dwie diody białego światła obserwacyjnego, zapewniające równomierne oświetlenie pacjenta podczas jego oceny	Proszę podać
PT2	Raporty z ostatnich 3 sesji terapii wysyłane na USB	Proszę podać
PT3	Raporty z terapii wysyłane na USB uwzględniają poziom natężenia promieniowania w przypadku zastosowania dedykowanego radiometru	Proszę podać
PT4	Możliwość wstrzymania i wznowienia terapii przy jednoczesnym zarejestrowaniu tej czynności w zapisie terapii eksportowanym na USB - wstrzymanie np. na potrzeby oceny stanu pacjenta.	Proszę podać

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



Starostwo Powiatowe w Lęborku

Sekretariat: 59 863 28 25, 84 - 300 Lębork, ul. Czolgistów 5
fax: 59 862 14 06, e-mail: sekretariat@starostwoleborg.pl

25
LAT *Samorządu*
Powiatu Lęborskiego
1999 - 2024



Część nr 25

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

Oferowany okres gwarancji: miesięcy

Parametry techniczne oferowanego inkubatora, podlegające ocenie:

PK2	Parametry oceniane	
PT1	Ilość stopni dostępności energii zewnętrznej	Proszę podać
PT2	Uchwyt do zawieszenia defibrylatora np. na ramie łóżka	Proszę podać
PT3	Trendy tabelaryczne i graficzne mierzonych parametrów -co najmniej 150 godzin z rozdzielczością nie gorszą niż 1 minuta	Proszę podać
PT4	Ilość odprowadzeń automatycznie wykrywana po podłączeniu odpowiedniego przewodu EKG	Proszę podać
PT5	Min. 7 poziomów wzmocnienie przebiegu EKG: co najmniej x0,25; cm/mV; 0,5 cm/mV; 1,0 cm/mV; 1,5 cm/mV; 2,0 cm/mV; 2,5 cm/mV; 4,0 cm/mV	Proszę podać

Część nr 26

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

Oferowany okres gwarancji: miesięcy

Część nr 27

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

Oferowany okres gwarancji: miesięcy



Starostwo Powiatowe w Lęborku

Sekretariat: 59 863 28 25, 84 - 300 Lębork, ul. Czołgistów 5
fax: 59 862 14 06, e-mail: sekretariat@starostwoleborg.pl

25
LAT *Samorządu*
Powiatu Lęborskiego
1999 - 2024



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

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 4.4 do SWZ (proszę wskazać nr załącznika, zgodnie z zakresem złożonej oferty) i spełnia wszystkie wymogi 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.

² Mechanizm podzielonej płatności ma zastosowanie w transakcjach z zagranicznymi kontrahentami, gdy przedsiębiorca dokonuje wewnątrzspółnotowego 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.



Starostwo Powiatowe w Lęborku

Sekretariat: 59 863 28 25, 84 - 300 Lębork, ul. Czołgistów 5
fax: 59 862 14 06, e-mail: sekretariat@starostwoleborg.pl

25
LAT *Samorządu*
Powiatu Lęborskiego
1999 - 2024



5. Przewiduję powierzenie podwykonawcom realizacji zamówienia **NIE** *

lp	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 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.