



## 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

Margot Medical Sp. z o.o.....

#### Adres siedziby (lub zamieszkania) Wykonawcy:

ulica: Ptaków Leśnych 77, kod pocztowy 05 - 500 miejscowość: Jastrzębie,

województwo: mazowieckie kod NUTS: PL913.....

REGON 012523272 NIP 5240203082 KRS 0000034135

#### Telefon oraz e-mail Wykonawcy

604 777 799 e-mail: biuro@margotmedical.pl.....

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

Mirosław Wallisch- Prezes Zarządu .....  
(proszę załączyć pełnomocnictwo – jeśli dotyczy)

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

Mirosław Wallisch – 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:

Tadeusz Okuniewicz tel 602700992, e-mail tadeusz.okuniewicz@walmed.pl.....



## 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



- Wykonawca pochodzi z innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej **TAK / NIE\***
  - Wykonawca pochodzi z innego państwa nie będącego członkiem Unii Europejskiej: **TAK / NIE\***
  - Rodzaj Wykonawcy: X 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\***
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 OFERTE<sup>1</sup> 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

<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.



## 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 4

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

Oferowany okres gwarancji: ..... 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. Czołgistów 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. Czołgistów 5  
fax: 59 862 14 06, e-mail: sekretariat@starostwoleborg.pl

# 25

LAT *Samorządu*  
*Powiatu Lęborskiego*  
1999 - 2024



**POLSKI  
ŁAD**



PT3	Poziom głośności wewnątrz kopuły w decybelach w czasie pracy inkubatora z <b>włączonym nawilżaniem i podażą tlenu max. 45 dB</b>	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. Czołgistów 5  
fax: 59 862 14 06, e-mail: sekretariat@starostwoleborg.pl

# 25

LAT *Samorządu*  
*Powiatu Lęborskiego*  
1999 - 2024



**POLSKI**  
**ŁAD**



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. Czołgistów 5  
fax: 59 862 14 06, e-mail: sekretariat@starostwoleborg.pl

**25**  
LAT *Samorządu*  
Powiatu Lęborskiego  
1999 - 2024



### Część nr 25

**Wartość netto: 27 348,00 zł, co stanowi wartość brutto: 29 535,84 zł, podatek VAT 8%**

**Oferowany okres gwarancji: 24 miesięcy**

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

PK2	Parametry oceniane	
PT1	Ilość stopni dostępności energii zewnętrznej	Proszę podać - TAK- Ilość stopni dostępności energii zewnętrznej 25
PT2	Uchwyt do zawieszenia defibrylatora np. na ramie łóżka	Proszę podać - TAK, defibrylator posiada uchwyt do zawieszenia defibrylatora np. na ramie łóżka
PT3	Trendy tabelaryczne i graficzne mierzonych parametrów -co najmniej 150 godzin z rozdzielczością nie gorszą niż 1 minuta	Proszę podać - TAK- Trendy tabelaryczne i graficzne mierzonych parametrów- 160 godzin z rozdzielczością 1 minuta
PT4	Ilość odprowadzeń automatycznie wykrywana po podłączeniu odpowiedniego przewodu EKG	Proszę podać - TAK- Ilość odprowadzeń automatycznie wykrywana po podłączeniu odpowiedniego przewodu EKG
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 - TAK- 9 poziomów wzmocnienie przebiegu EKG: 0,125cm/m; 0,25; cm/mV; 0,5 cm/mV; 1,0 cm/mV; 1,5 cm/mV; 2,0 cm/mV; 2,5 cm/mV; 3 cm/mV; 4,0 cm/mV

### Część nr 26

**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



### Część nr 27

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

**Oferowany okres gwarancji:** ..... 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 usług<sup>2</sup>:

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 25, Defibrylator oraz Ssak elektryczny jezdny .....

(proszę wskazać nazwę produktu oraz nr części)

<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 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. Czolgistów 5  
fax: 59 862 14 06, e-mail: sekretariat@starostwoleborg.pl

**25**  
LAT Samorządu  
Powiatu Lęborskiego  
1999 - 2024



3. Oświadczam, że zaoferowany asortyment jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia, stanowiącym Załącznik nr 4.25..... 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.
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

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



## 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



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: ...nie dotyczy .....

.....

\* 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.**