**Nr sprawy: ZP/2/2021 Załącznik nr 1 do SIWZ - formularz oferty**

|  |
| --- |
| **Uniwersytet Medyczny w Łodzi**  **Al. Kościuszki 4, 90-419 Łódź**  **OFERTA**  w postępowaniu o udzieleni zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym na podstawie art. 275 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo Zamówień Publicznych na:  **Dostawę symulatorów i trenażerów** |
| **Dane Wykonawcy:**  Wykonawca/Wykonawcy ………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  Adres: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  REGON: …………………………… NIP ………………………………  Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym: ………………………………………………………………………………  Nr telefonu: ………………………………………….  Osoba upoważniona do reprezentacji Wykonawcy/ów i podpisująca ofertę:  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Dane teleadresowe, na które należy przekazywać korespondencję związaną z niniejszym  postępowaniem: e-mail ……………………………………………………………… |
| **Pakiet I**  **1. Łączna cena ofertowa (kryterium 1 – waga 60%):**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Poz.** | **Przedmiot zamówienia** | **Cena netto** | **VAT** | **Cena brutto** | | 1 | Symulator pacjenta urazowego |  |  |  | |  | **Razem netto:** | | |  | |  | **Podatek VAT ..%:** | | |  | | **Razem brutto:** | | | |  |   słownie złotych brutto: ……………………………………………………………………………………………………………………………… |
| 1. **Parametry jakościowe (Kryterium nr 2 – waga 20 %):**  |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **TAK** | **NIE** | | *(lp. 24 zał. nr 2.1 do SWZ)*  *Opcjonalnie: możliwość wywołania sinicy – dodatkowo punktowane- 2pkt.* |  |  | | *(lp. 26 zał. nr 2.1 do SWZ)*  *Opcjonalnie : możliwość wykonania obustronnego drenażu jamy opłucnowej - dodatkowo punktowane- 2 pkt.* |  |  | | *(lp. 34 zał. nr 2.1 do SWZ)*  *Opcjonalnie : możliwość wykonania dostępu domostkowego – dodatkowo punktowane- 2 pkt.* |  |  | | *(lp. 36 zał. nr 2.1 do SWZ)*  *Opcjonalnie : System automatycznego rozpoznawania leków lub system automatycznego reagowania na leki po wpisaniu parametrów podawanych leków w oprogramowaniu sterującym symulatorem – dodatkowo punktowane- 2 pkt.* |  |  | | *(lp. 38 zał. nr 2.1 do SWZ)*  *Opcjonalnie: Funkcja automatycznej reaktywności źrenic na światło z różnym czasem reakcji, niezależnie dla każdego oka w zależności od stanu klinicznego. Możliwość ustawienia różnej szerokości źrenic niezależnie od oka prawego i lewego. Spontaniczne zamykanie i otwieranie się powiek. – dodatkowo punktowane- 2 pkt.* |  |  | | *(lp. 39 zał. nr 2.1 do SWZ)*  *Opcjonalnie : Funkcja symulacji drgawek – dodatkowo punktowane – 2 pkt.* |  |  | | *(lp. 40 zał. nr 2.1 do SWZ)*  *Opcjonalnie: Wydalanie płynu imitującego mocz, możliwość cewnikowania. Jeżeli symulator wymaga specjalnego lubrykantu do stosowania przed cewnikowaniem dostawca zapewnia go w ilości 5 szt. minimum 200 ml. – dodatkowo punktowane – 2 pkt .* |  |  | | *(lp. 47 zał. nr 2.1 do SWZ)*  *Opcjonalnie: Możliwość wgrania swoich obrazów przedstawiających urazy i patologie– dodatkowo punktowane– 2 pkt* |  |  | | *(lp. 47 zał. nr 2.1 do SWZ)*  *Opcjonalnie: Możliwość wgrania swoich krótkich filmów video przedstawiających urazy i patologie – dodatkowo punktowane– 2 pkt* |  |  | | *(lp. 49 zał. nr 2.1 do SWZ)*  *Opcjonalnie: dostęp on-line do bazy scenariuszy z możliwością bezpłatnego przetestowania przez co najmniej 48 godzin – dodatkowo punktowane– 2 pkt* |  |  |     ***- Właściwe zaznaczyć znakiem „X”***  ***Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego skreślenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie oferuje parametrów jakościowych.***   1. **Wydłużenie minimalnego wymaganego okresu gwarancji 24 mies. (kryterium 3 – waga 20%):**  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **Tak** | **Nie** |  | | Wydłużenie okresu gwarancji o 12 miesięcy, tj, **gwarancja 36 miesięcy**: |  |  |  | | Wydłużenie okresu gwarancji o 24 miesiące tj, **gwarancja 48 miesięcy:** |  |  |  |     ***- Właściwe zaznaczyć znakiem „X***  ***Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego skreślenia Zamawiający uzna, że Wykonawca oferuje minimalną wymaganą gwarancję tj. 24 miesiące*** |
| **Pakiet II**  **1. Łączna cena ofertowa zakresu podstawowego (kryterium 1 – waga 60%):**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Poz.** | **Przedmiot zamówienia** | **Cena netto** | **VAT** | **Cena brutto** | | 1 | Trenażer do badania brzucha |  |  |  | | 2 | Symulator do nauki osłuchiwania |  |  |  | |  | **Razem netto:** | | |  | |  | **Podatek VAT ……:** | | |  | | **Razem brutto:** | | | |  |   słownie złotych brutto: ………………………………………………………………………………………………………………………………   1. **Parametry jakościowe (Kryterium nr 2 – waga 20 %):**  |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **TAK** | **NIE** | | *(lp. 4 pozycja nr 1, zał. nr 2.2 do SWZ)*  *Opcjonalnie: możliwość osłuchania perystaltyki jelit – dodatkowo punktowane– 5 5 pkt.* |  |  | | *(lp. 5 pozycja nr 1, zał. nr 2.2 do SWZ)*  *Opcjonalnie: możliwość wgrania własnych dźwięków z perystaltyki jelit – dodatkowo punktowane– 5 pkt.* |  |  | | *(lp. 4 pozycja nr 2, zał. nr 2.2 do SWZ)*  *Opcjonalnie:* *możliwość osłuchiwania dźwięków perystaltyki jelit – dodatkowo punktowane– 5 pkt.* |  |  | | *(lp. 11 pozycja nr 2, zał. nr 2.2 do SWZ)*  *Opcjonalnie: możliwość usłyszenia pediatrycznych odgłosów serca – dodatkowo punktowane– 5 pkt.* |  |  |     ***- Właściwe zaznaczyć znakiem „X”***  ***Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego skreślenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie oferuje parametrów jakościowych.***   1. **Wydłużenie minimalnego wymaganego okresu gwarancji 24 mies. (kryterium 3 – waga 20%):**  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **Tak** | **Nie** |  | | Wydłużenie okresu gwarancji o 12 miesięcy, tj, **gwarancja 36 miesięcy**: |  |  |  | | Wydłużenie okresu gwarancji o 24 miesiące tj, **gwarancja 48 miesięcy:** |  |  |  |     ***- Właściwe zaznaczyć znakiem „X***  ***Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego skreślenia Zamawiający uzna, że Wykonawca oferuje minimalną wymaganą gwarancję tj. 24 miesiące***  **Pakiet III**  **1. Łączna cena ofertowa zakresu podstawowego (kryterium 1 – waga 60%):**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Poz.** | **Przedmiot zamówienia** | **Cena netto** | **VAT** | **Cena brutto** | | 1 | Fantom do nauki kaniulacji |  |  |  | | 2 | Fantom do wkłuć doszpikowych- mostek |  |  |  | | 3 | Fantom do wkłuć doszpikowych- kończyna dolna |  |  |  | | 4 | Trenazer do odbarczania odmy opłucnowej |  |  |  | |  | **Razem netto:** | | |  | |  | **Podatek VAT ……:** | | |  | | **Razem brutto:** | | | |  |   słownie złotych brutto: ………………………………………………………………………………………………………………………………  **2. Parametry jakościowe (Kryterium nr 2 – waga 20 %):**   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **TAK** | **NIE** | | *(lp. 14 pozycja nr 1, zał. nr 2.3 do SWZ)*  *Opcjonalnie: Dodatkowy zestaw żył do trenażera – 3 sztuki – dodatkowo punktowane – 2 pkt.* |  |  | | *(lp. 15 pozycja nr 1, zał. nr 2.3 do SWZ)*  *Opcjonalnie: Dodatkowa wymienna skóra ramienia – 3 sztuki– dodatkowo punktowane -2 pkt.* |  |  | | *(lp. 8 pozycja nr 2, zał. nr 2.3 do SWZ)*  *Opcjonalnie: Dodatkowe wymienne kostki mostkowe – 10 sztuk – dodatkowo punktowane – 2 pkt.* |  |  | | *(lp. 9 pozycja nr 2, zał. nr 2.3 do SWZ)*  *Opcjonalnie: Zestaw do przygotowania sztucznej krwi – 2 sztuki – dodatkowo punktowane – 2 pkt.* |  |  | | *(lp.8 pozycja nr 3, zał. nr 2.3 do SWZ)*  *Opcjonalnie: Dodatkowe wymienne kości – 10 sztuk – dodatkowo punktowane- 2 pkt.* |  |  | | *(lp.9 pozycja nr 3, zał. nr 2.3 do SWZ)*  *Opcjonalnie: Wymienna skóra – 4 sztuki – dodatkowo punktowane- 2 pkt.* |  |  | | *(lp.10 pozycja nr 3, zał. nr 2.3 do SWZ)*  *Opcjonalnie: Zestaw do przygotowania sztucznej krwi – 2 sztuki – dodatkowo punktowane- 2 pkt.* |  |  | | *(lp.8 pozycja nr 4, zał. nr 2.3 do SWZ)*  *Opcjonalnie: Wymienne wkładki do odmy opłucnowej – 10 sztuk – dodatkowo punktowane – 2 pkt.* |  |  | | *(lp. 9 pozycja nr 4, zał. nr 2.3 do SWZ)*  *Opcjonalnie: Wymienne wkładki skóry do perikardiocentezy -10 sztuk – dodatkowo punktowane- 2 pkt.* |  |  | | *(lp.10 pozycja nr 4, zał. nr 2.3 do SWZ)*  *Opcjonalnie: Zestaw do przygotowania sztucznej krwi – 2 sztuki sztuki – dodatkowo punktowane- 2 pkt.* |  |  |     ***- Właściwe zaznaczyć znakiem „X”***  ***Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego skreślenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie oferuje parametrów jakościowych.***   1. **Wydłużenie minimalnego wymaganego okresu gwarancji 24 mies. (kryterium 3 – waga 20%):**  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **Tak** | **Nie** |  | | Wydłużenie okresu gwarancji o 12 miesięcy, tj, **gwarancja 36 miesięcy**: |  |  |  | | Wydłużenie okresu gwarancji o 24 miesiące tj, **gwarancja 48 miesięcy:** |  |  |  |     ***- Właściwe zaznaczyć znakiem „X***  ***Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego skreślenia Zamawiający uzna, że Wykonawca oferuje minimalną wymaganą gwarancję tj. 24 miesiące***  **Oświadczenia:**   1. Zamówienie zostanie zrealizowane w terminach określonych w SWZ oraz we wzorze umowy; 2. W cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia; 3. Zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia oraz wzorem umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte; 4. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres wskazany w SWZ w ust. 11.1; 5. Akceptujemy, iż zapłata za zrealizowanie zamówienia nastąpi na zasadach opisanych we wzorze umowy, w *terminie do 30* dni od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury; 6. **Podwykonawcom** zamierzam powierzyć poniżej wymienione **części zamówienia:**   *(wypełnić o ile są znani na tym etapie)*   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Lp. | Rodzaj części zamówienia | Nazwa i adres podwykonawcy | |  |  |  | |  |  |  | |
| * 1. **Zobowiązania w przypadku przyznania zamówienia:**  1. Zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego; 2. Osobą upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym w sprawach dotyczących realizacji umowy   jest..............................................................................................................................  e-mail: ………...……........………….…………………..……. tel: ....................................………………..; |
| * 1. **Spis treści:**   Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:   1. .......................................................................................................................................... 2. .......................................................................................................................................... 3. .......................................................................................................................................... 4. .......................................................................................................................................... 5. .......................................................................................................................................... |

**Formularz musi być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym albo podpisem osobistym.**