**Załącznik nr 1B do SWZ**

Nr sprawy**: 2024.17.ZP**

# **OFERTA – CZĘŚĆ 2**

|  |  |
| --- | --- |
| **Informacje dotyczące wykonawcy**  *(Identyfikacja wykonawcy):* | **Odpowiedź:** *(wypełnia wykonawca)* |
| Nazwa i adres pocztowy wykonawcy[[1]](#footnote-1): |  |
| Numer NIP:  Numer REGON:[[2]](#footnote-2) | [……]  [……] |
| Dane teleadresowe wykonawcy:  Adres pocztowy:  Telefon:  Adres e-mail: | [……]  [……]  [……] |
| Czy wykonawca jest: | jednoosobową działalnością gospodarczą [ ] Tak [ ] Nie  mikroprzedsiębiorstwem [ ] Tak [ ] Nie  małym przedsiębiorstwem [ ] Tak [ ] Nie  średnim przedsiębiorstwem[ ] Tak [ ] Nie |
| Dane osoby upoważnionej do reprezentowania wykonawcy w postępowaniu:  Imię i nazwisko:  Stanowisko:  Podstawa umocowania: | [……]  [……]  [……]  [……] |
| Czy dokumentacje, z której wynika sposób reprezentacji wykonawcy (np. organ uprawniony do reprezentacji podmiotu) można uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych:  Jeżeli powyższe dane są dostępne w formie elektronicznej, proszę wskazać dane niezbędne do ich pobrania: | [ ] Tak, można uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych: W przypadku wyrażenia zgody dokumenty te pobrać można pod adresami: <https://prod.ceidg.gov.pl>; https://ems.ms.gov.pl;  W przypadku gdy dokumenty te dostępne są pod innymi adresami niż powyżej podać należy np. adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji, identyfikator wydruku: …………………………………………………  [ ] Nie |

W odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego pn.: **Dostawa 15 szt. ambulansów ratunkowych oraz sprzętu medycznego do ich doposażenia dla Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie**

niniejszym:

1. **SKŁADAMY** ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie ze Specyfikacją Warunków Zamówienia.
2. **OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami i zasadami postępowania.
3. **OFERUJEMY** wykonanie przedmiotu zamówienia za:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa** | **Producent oraz typ** | **Cena jednostkowa brutto** | **Ilość** | **Wartość brutto**  *(3x4)* |
| *1* | *2* |  | *3* | *4* | *5* |
| **1.** | Defibrylator |  |  | **10** |  |
| **2.** | Urządzenie do kompresji klatki piersiowej |  |  | **10** |  |
| **3.** | Zestaw tlenowy |  |  | **10** |  |
| **4.** | Ssak akumulatorowy przenośny |  |  | **10** |  |
| **5.** | Krzesełko transportowe |  |  | **10** |  |
| **6.** | Nosze podbierające |  |  | **10** |  |
| **7.** | Pulsoksymetr |  |  | **10** |  |
| **8.** | Materac próżniowy |  |  | **10** |  |
| **9.** | Deska ortopedyczna z pasami |  |  | **10** |  |
| **10.** | Zestaw reimplantacyjny |  |  | **10** |  |
| **11.** | Nosze płachtowe |  |  | **10** |  |
| **12.** | Szyny Kramera |  |  | **10** |  |
|  |  |  |  | **RAZEM** |  |

**W ramach kryterium oceny ofert oferujemy następujące parametry techniczno-użytkowe sprzętu medycznego:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr oceniany** | **Ocena punktowa parametrów techniczno-użytkowych** | **TAK/NIE**  *(wpisać właściwe)* |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** |
| **DEFIBRYLATOR** | | | |
| 1. | Wyświetlanie na ekranie oraz wydruk na papierze pełnego zapisu 12 odprowadzeń EKG, interpretacji słownej wyników analizy oraz wyników pomiarów amplitudowo-czasowych | **TAK – 5,00 pkt**  **NIE - 0 pkt** |  |
| 2. | Pomiar ciśnienia w trakcie napełniania mankietu, zsynchronizowany pomiar RR z kablem EKG | **TAK – 5,00 pkt**  **NIE- 0 pkt** |  |
| 3. | Wyświetlanie na ekranie w formie numerycznej rzeczywistej głębokości (cm) i częstości (l/min.) uciśnięć klatki piersiowej oraz prezentacja graficzna wykresu głębokości uciśnięć klatki piersiowej z wyraźnym zaznaczeniem docelowego zakresu 5-6 cm, zgodnie z Wytycznymi 2010 ERC | **TAK – 5,00 pkt**  **NIE- 0 pkt** |  |
| 4. | Filtr cyfrowy umożliwiający prezentację na ekranie niezakłóconego przebiegu EKG w trakcie uciskania klatki piersiowej | **TAK – 5,00 pkt**  **NIE- 0 pkt** |  |
| 5. | Funkcja wspomagania wentylacji umożliwiająca prezentację na ekranie docelowej i rzeczywistej objętości wentylacji, docelowej i rzeczywistej częstości wentylacji. Powinna posiadać wskaźnik jakości wentylacji, licznik czasu między oddechami. Współpracująca z dostępnymi na rynku urządzeniami do prowadzenia wentylacji zastępczej zarówno u pacjentów zaintubowanych jak i nie zaintubowanych. | **TAK – 5,00 pkt**  **NIE- 0 pkt** |  |
| 6. | Pulpit umożliwiający ratownikom skuteczne postępowanie z pacjentami z urazem czaszkowo-mózgowym. Funkcja prezentująca na monitorze min. parametry życiowe w formie trendów: EtCO2, SpO2, SBP oraz  informacje o jakości wymiany gazowej. | **TAK – 5,00 pkt**  **NIE - 0 pkt** |  |
| **URZĄDZENIE DO KOMPRESJI KLATKI PIERSIOWEJ** | | | |
| 7. | Funkcja synchronizacji z defibrylatorem: możliwość wyładowania defibrylacyjnego bez przerywania pracy urządzenia | **TAK – 5,00 pkt**  **NIE - 0 pkt** |  |
| 8. | Opakowanie transportowe do przenoszenia urządzenia z funkcją płachty do przenoszenia pacjenta w trakcie RKO | **TAK – 5,00 pkt**  **NIE - 0 pkt** |  |
|  | ***Maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w kryterium parametry techniczno użytkowe*** | ***40,00 pkt.*** |  |

**Wykonawca oświadcza, że:**

1. Cena przedmiotu zamówienia części 2 zawiera wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego, które wynikają z zapisów SWZ oraz aktualnych przepisów prawa.
2. Akceptuje warunki płatności określone przez Zamawiającego w SWZ.
3. Oferowany sprzęt medyczny spełnia wymagania określone w ustawie o wyrobach medycznych oraz wymagania określone w SWZ.
4. Zobowiązuje się do wykonania całości zamówienia w terminie wskazanym w SWZ.
5. Zobowiązuje się załączyć pisemne gwarancje jakości dla oferowanego sprzętu opisanego w SWZ na okres ……………… (min. 24 miesiące) od daty protokolarnego odbioru sprzętu.
6. Zapewnia podjęcie napraw gwarancyjnych sprzętu medycznego zgodnie z przepisami umowy.
7. Adres/y serwisu/ów gwarancyjnego dla sprzętu medycznego (najbliżej siedziby zamawiającego) …………………………………………………………………...…………………………
8. Dane kontaktowe: siedziba/adres i nr telefonu w celu zgłaszania awarii do usunięcia w siedzibie Zamawiającego, o których mowa w umowie …..……….…………………………………………………………………………….......
9. **OŚWIADCZAMY**, że zaoferowana cena zawiera wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego, które wynikają z zapisów SWZ oraz aktualnych przepisów prawa.
10. **OŚWIADCZAMY**, że nie podlegamy wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 5k rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 229 z 31.7.2014, str. 1), dalej: rozporządzenie 833/2014, w brzmieniu nadanym rozporządzeniem Rady (UE) 2022/576 w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 111 z 8.4.2022, str. 1), dalej: rozporządzenie 2022/576;
11. **OŚWIADCZAMY**, że nie zachodzą w stosunku do nas przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 507 ze zm.);
12. **OŚWIADCZAMY**, że numer rachunku rozliczeniowego wskazany we wszystkich fakturach, które będą wystawione w naszym imieniu, *jest rachunkiem/nie jest rachunkiem*\* dla którego zgodnie z Rozdziałem 3a ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. - *Prawo Bankowe* prowadzony jest rachunek VAT.

***\* niewłaściwe skreślić***

1. **UWAŻAMY SIĘ** za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w specyfikacji warunków zamówienia, tj. przez okres 90 dni od upływu terminu składania ofert.
2. **OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się z projektem umowy i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w Specyfikacji Warunków Zamówienia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
3. **OŚWIADCZAM**, że w związku z wspólnym ubieganiem się o udzielenie zamówienia poszczególni wykonawcy wykonają następujące dostawy:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Firma (nazwa) wykonawcy wspólnie ubiegającego się o udzielenie zamówienia** | **Wskazanie dostaw, które będą wykonane przez wykonawcę** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |

(należy wypełnić tylko w przypadku wspólnego ubiegania się wykonawców o udzielenie zamówienia)

***\* niewłaściwe skreślić***

1. **ZAMÓWIENIE ZREALIZUJEMY** sami/ **ZAMIERZAMY** powierzyć podwykonawcom wykonanie następujących części zamówienia *(niepotrzebne skreślić):*

Poniżej podajemy części zamówienia, których wykonanie zamierzamy powierzyć podwykonawcom oraz wykaz firm podwykonawców, którym wykonanie w/w części zamówienia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Firma podwykonawcy** | **Część zamówienia, której wykonanie zamierzamy powierzyć podwykonawcy** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Oświadczamy, że w stosunku do następującego podmiotu, będącego dostawcą/podwykonawcą, na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia: ………………………………….………..….……

…………………………………………………………………………………………………………. (podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG), nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia przewidziane w  art.  5k rozporządzenia 833/2014 w brzmieniu nadanym rozporządzeniem 2022/576

W przypadku wyboru naszej oferty osobami upoważnionymi do podpisania umowy są:

1. ...........................................................................

2. ...............................................................................

Oświadczamy, że oferta **nie zawiera/ zawiera (niewłaściwe skreślić) informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa** w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Informacje takie zawarte są w następujących dokumentach:

.................................................................................

.................................................................................

Uzasadnienie, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa:

………………………………………………………………………………………………

**Uwaga! W przypadku braku wykazania, że informacje zastrzeżone stanowią tajemnice przedsiębiorstwa lub niewystarczającego uzasadnienia, informacje te zostaną uznane za jawne.**

Oświadczam, że 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, str. 1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu- dotyczy/nie dotyczy.

Załącznikami do formularza oferty są:

1. Dokumenty wymagane zgodnie z *SWZ.*
2. Załączniki wymienione w *SWZ.*

1. *W przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy (firmy) i dokładne adresy wszystkich członków konsorcjum lub spółki cywilnej.* [↑](#footnote-ref-1)
2. *W przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie numer NIP i REGON wszystkich członków konsorcjum lub spółki cywilnej.* [↑](#footnote-ref-2)