**Załącznik nr 1 do postępowania nr FSM-2022-06-12**

**Zamawiający:**

Fundacja Solidarności Międzynarodowej

01-612 Warszawa, ul. Mysłowicka 4

NIP : 526-226-42-92, REGON: 012345095

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

FORMULARZ OFERTY

Ja/ My, niżej podpisani:

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

działając w imieniu i na rzecz Wykonawcy/wykonawców występujących wspólnie:

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

*(Zarejestrowana nazwa Wykonawcy/ pełnomocnika wykonawców występujących wspólnie)*

................................................................................................................................................…………..

*(Zarejestrowany adres Wykonawcy/ pełnomocnika wykonawców występujących wspólnie)*

*................................................................ ...........................................................................*

*(Numer telefonu/ numer faxu)*   *(Adres e-mail)*

Odpowiadając na zapytanie ofertowe Fundacji Solidarności Międzynarodowej o realizację zamówienia, którego przedmiotem jest **dostawa do magazynu w Pruszkowie 10 respiratorów transportowych (cz.1.), 10 defibrylatorów (cz.2), 10 aparatów ultrasonograficznych przenośnych (cz.3.).**

składam/y niniejszą ofertę na wykonanie zamówienia i:

1. Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z wymaganiami Zamawiającego, dotyczącymi przedmiotu zamówienia, zamieszczonymi w zapytaniu ofertowym   
   i nie wnoszę/wnosimy do nich żadnych zastrzeżeń.
2. Oświadczam/y, że spełniam/y warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w  zakresie opisanym w § 2 Zapytania Ofertowego.
3. Oświadczam/y, że:

- nie podlegam/y  wykluczeniu z niniejszego postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 Ustawy Prawo zamówień publicznych,

- nie podlegam/y wykluczeniu z tego powodu, że w stosunku do podmiotu, który reprezentuję otwarto likwidację, ogłoszono upadłość, aktywami zarządza likwidator lub sąd, zawarto układ z wierzycielami, działalność gospodarcza jest zawieszona albo podmiot ten znajduje się w innej tego rodzaju sytuacji wynikającej z podobnej procedury przewidzianej w przepisach miejsca wszczęcia tej procedury, to jest na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4 Ustawy Prawa zamówień Publicznych.

1. Oświadczam/y, że wykazujemy gotowość realizacji usługi w terminie oraz w zakresie wskazanym w Zapytaniu Ofertowym.
2. Oświadczam/y, że wypełniłem/wypełniliśmy obowiązek informacyjny przewidziany w art. 13 lub art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych), wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio (pracownicy, współpracownicy) lub pośrednio (osoby trzecie) pozyskałem i udostępniłem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
3. Oświadczam/ Oświadczamy, że nie jestem/ nie jesteśmy:

a) obywatelem rosyjskim lub osobą fizyczną lub prawną, podmiotem lub organem z siedzibą w Rosji;

b) osobą prawną, podmiotem lub organem, do których prawa własności bezpośrednio lub pośrednio w ponad 50 % należą do podmiotu, o którym mowa w lit. a) niniejszego ustępu; lub

c) osobą fizyczną lub prawną, podmiotem lub organem działającym w imieniu lub pod kierunkiem podmiotu, o którym mowa w lit. a) lub b) niniejszego ustępu,

w tym podwykonawcą, dostawcą lub podmiotem, na których zdolności polega się w rozumieniu dyrektyw w sprawie zamówień publicznych, w przypadku, gdy przypada na nich ponad 10 % wartości zamówienia. Podstawa prawna: rozporządzenie Rady Unii Europejskiej (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 8.04.2022, str. 1) oraz Ustawa z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.

1. Oświadczamy, że informacje i dokumenty zawarte w Formularzu Ofertowym i jego załącznikach są jawne.

*Opcjonalnie1: informacje i dokumenty zawarte w Ofercie* ***w osobnym pliku i oznaczone „tajemnica przedsiębiorstwa” stanowią tajemnicę*** *przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i zastrzegamy, że nie mogą być one udostępniane. (W przypadku utajnienia oferty Wykonawca nie później niż w terminie składania ofert zobowiązany jest wykazać, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w szczególności określając, w jaki sposób zostały spełnione przesłanki, o których mowa w art. 11 pkt 2 ustawy z 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, zgodnie z którym tajemnicę przedsiębiorstwa stanowi określona informacja, jeżeli spełnia łącznie 3 warunki:*

1. *ma charakter techniczny, technologiczny, organizacyjny przedsiębiorstwa lub jest to inna informacja mająca wartość gospodarczą,*
2. *nie została ujawniona do wiadomości publicznej,*
3. *podjęto w stosunku do niej niezbędne działania w celu zachowania poufności.)*
4. Oświadczam/y, że uważam/y się za związanych niniejszą ofertą przez okres 14 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Oświadczam/y, że posiadam/y uprawnienia do handlu i przewozu towarów stanowiących przedmiot zamówienia.
6. Oświadczam/y, że zamierzam/y powierzyć realizację zamówienia następującym podwykonawcom (jeśli dotyczy)2.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa podwykonawcy, opis roli w realizacji zamówienia | dane kontaktowe i rejestrowe |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |

1. **Opis doświadczenia Wykonawcy/wykonawców** występujących wspólnie *oraz podwykonawców wymienionych* *w pkt. 10 niniejszego Formularza1* **w dostawie w zakresie aparatury medycznej łącznej o wartości co najmniej 3 mln złotych w skali jednego roku kalendarzowego, wybranego z lat 2019-2022.**

*Prosimy skrótowo opisać wykaz dostaw w zakresie dostaw aparatury medycznej o łącznej wartości co najmniej 3 mln zł w skali jednego roku kalendarzowego, wybranego z lat 2019-2022 – wymieniając największe do sumy przekraczającej 3 mln zł w skali jednego roku. Np. dostawa aparatów rentgenowskich dla szpitala klinicznego w Łomży, wartość XYZ zł. Zamawiający zastrzega sobie prawo żądania dokumentacji potwierdzającej poniższe informacje. Możecie też Państwo dołączyć wykaz dostaw w osobnym dokumencie z zastrzeżeniem Tajemnicy Przedsiębiorstwa.*

…………PROSIMY O WYPEŁNIENIE LUB ZAŁĄCZENIE WYKAZU DOSTAW W OSOBNYM DOKUMENCIE ………………………….

1. Opis techniczny oferowanego towaru:

**Część 1. Respiratory transportowe**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WYMOGI MINIMALNE wobec jednego kompletu** | **WYPEŁNIA WYKONAWCA WSKAZUJĄC, CZY OFEROWANY PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA SPEŁNIA WYMAGANIA ZAMAWIAJĄCEGO** | |
| * 1. Rok produkcji nie wcześniej niż 2019 rok |  | |
| * 1. Fabrycznie nowe, posiadające wymagane prawem certyfikaty |  | |
| * 1. Stopień ochrony przed wodą/pyłem – IP44 |  | |
| * 1. Temperatura pracy urządzenia w zakresach (minimalnych): od -10 stC do +45 stC. |  | |
| * 1. Odporność na wibrację i wstrząsy zgodnie z normą EN 1789 (lub inną normą przedstawioną do oceny Zamawiającego) |  | |
| * 1. Tryb pracy respiratora (minimalne wyposażenie)  - VCV/CMV   - NIV/CPAP  lub  -SIMV-PC, - SIMV-VC ze wspomaganiem ciśnieniowym (PS), - CPAP oraz - HFNC |  | |
| * 1. Tryby wentylacji umożliwiające respiratoroterapię dorosłych dzieci oraz niemowląt (od 5 kg)   lub  Urządzenie umożliwiające respiratoroterapię dorosłych  dzieci oraz niemowląt (od 10 kg),  wyposażone w dodatkowy system  hiperinflacyjny, umożliwiające ręczną  wentylacje noworodków kontrolowaną  Ciśnieniem. |  | |
| * 1. Ustawienie parametrów wentylacji w oparciu o masę ciała pacjenta lub wzrost pacjenta |  | |
| * 1. Częstotliwość oddechowa regulowana w minimalnym zakresie od 5 do 40 oddechów/minutę   Lub  Urządzenie z  możliwością ustawienia częstości oddechowej w  zakresie od 8 do 40 oddechów na minutę (W PRZYPADKU JEŚLI RESPIRATOR  NIE POSIADA TRYBU WSPOMAGANEJ  WENTYLACJI) |  | |
| * 1. Objętość oddechowa regulowana w minimalnym zakresie od 50-1500 ml |  | |
| * 1. Ciśnienie PEEP regulowane w minimalnym zakresie od 0 do 20 (cmH20) |  | |
| * 1. Ciśnienie maksymalne w drogach oddechowych regulowane w minimalnym zakresie od 10 do 50 (cmH20)   lub  Ciśnienie maksymalne w drogach oddechowych regulowane w minimalnym zakresie od 20 do 60 cmH20 )tylko w przypadku jeśli respirator  nie posiada trybu wspomaganej  Wentylacji) |  | |
| * 1. Możliwość wizualnego zobrazowania: wartości PEEP, maksymalnego i minimalnego ciśnienia w drogach oddechowych, objętości oddechowej, częstości oddechów. |  | |
| * 1. Regulowane stężenie O2 w mieszaninie oddechowej w zakresie minimalnej regulacji:   - 50%  - 100% |  | |
| * 1. Urządzenie wyposażone w alarm ciśnienia w drogach oddechowych, alarm nieszczelności układu oraz alarm braku tlenu   Lub  urządzenie wyposażone w alarm ciśnienia w drogach oddechowych, alarm nieszczelności układu, rozłączenia, bezdechu, nie posiadający alarmu braku tlenu. |  | |
| * 1. Przewód tlenowy zasilający urządzenie w tlen medyczny, zakończony złączem typu AGA |  | |
| * 1. Kabel sieciowy 230V (w przypadku potrzeby ładowania respiratora) |  | |
| * 1. Kabel zasilający 12V (w przypadku potrzeby ładowania respiratora) |  | |
| * 1. Zestaw rur jednorazowych (układ tlenowy pacjenta) do respiratoroterapii – 30 sztuk (dostarczone wraz z urządzeniem) |  | |
| * 1. Zestaw masek do wentylacji NIV/CPAP (układ tlenowy pacjenta) do respiratoroterapii – 30 sztuk (dostarczone wraz z urządzeniem) |  | |
| * 1. Uchwyt do montażu urządzenia w ambulansie |  | |
| * 1. Proszę podać państwo produkcji, nazwę producenta i nazwę komercyjną urządzenia |  | |
| Cena 1 sztukę z dostawą do magazynu w Pruszkowie | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł brutto/szt. | |
| Deklarujemy dostawę 10 sztuk w ciągu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dni od podpisania umowy. | | | |
| OFERTA OPCJONALNA: deklarujemy możliwość zwiększenia dostawy o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sztuk w cenie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ złotych brutto za sztukę. | | | |

**Część 2. Defibrylatory**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WYMOGI MINIMALNE wobec jednego kompletu** | **WYPEŁNIA WYKONAWCA WSKAZUJĄC, CZY OFEROWANY PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA SPEŁNIA WYMAGANIA ZAMAWIAJĄCEGO** | |
| * 1. Rok produkcji nie wcześniej niż 2019 rok |  | |
| * 1. Fabrycznie nowe, posiadające wymagane prawem certyfikaty |  | |
| * 1. Stopień ochrony przed wodą/pyłem – IP55 |  | |
| * 1. Temperatura pracy urządzenia w zakresach (minimalnych): od -10 stC do +45 stC. |  | |
| * 1. Odporność na wibrację i wstrząsy zgodnie z normą EN 1789 |  | |
| * 1. Kolorowy wyświetlacz główny urządzenia |  | |
| * 1. Drukarka z wymiennym wkładem papieru, szerokość minimalna papieru 80 mm. |  | |
| * 1. Regulacja emisji światła na wyświetlaczu |  | |
| * 1. Zasilanie sieciowe oraz akumulatorowe (bateria) |  | |
| * 1. Waga urządzenia z wyposażeniem nie przekraczająca 15 kg |  | |
| * 1. Łączność Bluetooth |  | |
| * 1. Czas pracy urządzenia na naładowanej baterii (bateriach) wynosić będzie nie mniej niż 4 godziny pracy |  | |
| * 1. Możliwość dezynfekcji urządzenia preparatami alkoholowymi |  | |
| * 1. Dwufazowa fala defibrylacji |  | |
| * 1. Opcja defibrylacji manualnej oraz defibrylacji w trybie AED |  | |
| * 1. Możliwość wykonywania elektrycznej stymulacji zewnętrznej w trybie stałym oraz na żądanie |  | |
| * 1. Możliwość wykonywania synchronizowanej kardiowersji elektrycznej |  | |
| * 1. Możliwość wykonania 12 odprowadzeniowego EKG wraz z funkcją wydruku zapisu elektrokardiograficznego. |  | |
| * 1. Możliwość stałego monitorowania 4 EKG wraz z funkcją wydruku zapisu elektrokardiograficznego. Stała widoczność 4 odpr. na ekranie urządzenia. |  | |
| * 1. Urządzenie wyposażone w możliwość dokonania pomiaru i stałego monitorowania: NIPB, SpO2, HR oraz RR - możliwość dokonywania pomiaru RR zarówno u pacjentów zaintubowanych jak i niezaintubowanych. |  | |
| * 1. Urządzenie wyposażone w metronom oraz system wspomagania jakości ucisku klatki piersiowej. |  | |
| * 1. Urządzenie wyposażone w moduł EtCO2 pozwalający na monitorowanie kapnometryczne i kapnograficzne |  | |
| * 1. Urządzenie wyposażone w moduł pomiaru temperatury |  | |
| * 1. Kabel do elektroterapii, umożliwiający pracę z użyciem elektrod samoprzylepnych |  | |
| * 1. Elektrody do elektroterapii – elektrody wielorazowe (twarde) |  | |
| * 1. Papier do EKG min .10 rolek (dostarczone wraz z urządzeniem) |  | |
| * 1. Elektrody wielofunkcyjne min. 15 sztuk (dostarczone wraz z urządzeniem) - 10 elektrod dla dorosłych i 5 elektrod dla dzieci. |  | |
| * 1. Torby transportowe (zamontowane do urządzenia) |  | |
| * 1. Pas umożliwiający przenoszenie urządzenia |  | |
| * 1. Czujnik EtCO2 min. 20 sztuk (dostarczone wraz z urządzeniem) |  | |
| * 1. Czujnik SpO2 dla dorosłych min. 2 sztuki (dostarczone wraz z urządzeniem) |  | |
| * 1. Czujnik SpO2 dla dzieci min. 2 sztuki (dostarczone wraz z urządzeniem) |  | |
| * 1. Kabel EKG 4 (kończynowe) |  | |
| * 1. Kabel EKG 12 (przedsercowe) |  | |
| * 1. Kabel do pomiaru NIBP |  | |
| * 1. Mankiet wymienny do pomiaru NIBP (dla dorosłych) min 4 sztuki (dostarczone wraz z urządzeniem) |  | |
| * 1. Mankiet wymienny do pomiaru NIBP (dla dzieci pow. 1 roku życia) min 4 sztuki (dostarczone wraz z urządzeniem) |  | |
| * 1. Czujnik SpO2 neonatologiczny min. 2 sztuki (dostarczone wraz z urządzeniem) |  | |
| * 1. Proszę podać państwo produkcji, nazwę producenta i nazwę komercyjną urządzenia |  | |
| Cena 1 sztuki kompletu z dostawą do magazynu w Pruszkowie | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł brutto/sztuka |
| Deklarujemy dostawę 10 sztuk w ciągu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dni od podpisania umowy. | | |
| OFERTA OPCJONALNA: deklarujemy możliwość zwiększenia dostawy o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sztuk w cenie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ złotych brutto za sztukę. | | |

**Część 3. Aparaty USG przenośne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYMOGI MINIMALNE wobec jednego kompletu** | **WYPEŁNIA WYKONAWCA WSKAZUJĄC, CZY OFEROWANY PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA SPEŁNIA WYMAGANIA ZAMAWIAJĄCEGO** | | |
| * 1. Rok produkcji nie wcześniej niż 2019 rok |  | | |
| * 1. Fabrycznie nowe, posiadające wymagane prawem certyfikaty |  | | |
| * 1. Wyświetlacz czytnika minimum 5 cali (lub większy). Preferowane urządzenie o typie tabletu |  | | |
| * 1. Temperatura pracy urządzenia w zakresach (minimalnych): od 0 stC do +40 stC. |  | | |
| * 1. Czytnik wyposażony w ochronny pokrowiec/etui   lub czytnik, który jest fabrycznie wyposażony w pancerną obudowę i jest odporny na upadki. |  | | |
| * 1. Ładowanie aparatu (czytnika) za pomocą złącza USB C |  | | |
| * 1. Możliwość ładowania z łącza 12V oraz 230V |  | | |
| * 1. Waga czytnika nie przekraczająca 950g. |  | | |
| * 1. Czytnik wyposażony w łączność Wi-Fi oraz Bluetooth |  | | |
| * 1. Czas ciągłego, stałego skanowania na naładowanej baterii minimum 45 minut |  | | |
| * 1. Czytnik wyposażony w dedykowaną aplikację producenta umożliwiającą obrazowanie sonograficzne przy wykorzystaniu głowic ultrasonograficznych. Oprogramowanie nie może wymagać opłaty za jej użytkowanie |  | | |
| * 1. Możliwość zamrożenia obrazu, tzw. opcja Freezes |  | | |
| * 1. Możliwość dokonywania zdjęć obrazu w czasie wykonywania badania |  | | |
| * 1. Możliwość nagrania filmu w czasie wykonywania badania |  | | |
| * 1. [[1]](#footnote-1) |  | | |
| * 1. Możliwość regulacji gain |  | | |
| * 1. Możliwość regulacji głębokości obrazu |  | | |
| * 1. Możliwość dokonywania pomiarów i opisów |  | | |
| * 1. Obrazowanie w trybie B-Mode (2D), M-Mode, Color Dopler, obrazowanie harmoniczne |  | | |
| * 1. Możliwość wyboru dedykowanych ustawień obrazowania tzw. Presetów, zmiennych zależnie od wyboru głowicy |  | | |
| * 1. Wymagane presety ultrasonograficzne: sercowy, płucny, tkankowy, jama brzuszna, pęcherz moczowy, układ naczyniowy, położniczy/ginekologiczny. Aparaty posiadające preset brzuszny/FAST są zwolnione z takowego wymogu. |  | | |
| * 1. Możliwość archiwizacji wykonanych zapisów ultrasonograficznych |  | | |
| * 1. Możliwość przesyłu obrazów USG (zdjęcia i filmy) za pomocą sieci Wi-Fi lub Bluetooth. |  | | |
| * 1. Szerokopasmowa głowica sektorowa, zakres częstotliwości od 1 do 4 MHz (lub inny, wymagający konsultacji z zamawiającym) |  | | |
| * 1. Szerokopasmowa głowica convex, zakres częstotliwości od 2 do 5 MHz |  | | |
| * 1. Szerokopasmowa głowica liniowa, zakres częstotliwości od 4 do 12 MHz (lub inny, wymagający konsultacji z zamawiającym) |  | | |
| * 1. Automatyczne ustawienie strefy ogniskowej |  | | |
| * 1. . Pokrowiec na aparat mieszczący głowicę oraz czytnik w jednym miejscu |  | | |
| * 1. Ładowarka do czytnika 230V |  | | |
| * 1. Ładowarka do głowicy USG (jeśli aparat tego wymaga) |  | | |
| * 1. Proszę podać państwo produkcji, nazwę producenta i nazwę komercyjną urządzenia |  | | |
| Cena 1 sztuki z dostawą do magazynu w Pruszkowie | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł brutto/sztuka |
| Deklarujemy dostawę 10 sztuk w ciągu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dni od podpisania umowy. | | |
| OFERTA OPCJONALNA: deklarujemy możliwość zwiększenia dostawy o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sztuk w cenie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ złotych brutto za sztukę. | | |

1. Oświadczenie nt. oferty cenowej:

Oświadczamy, że cena obejmuje wszystkie koszty ponoszone przez Zamawiającego w ramach świadczonej przez Wykonawcę dostawy w tym podatek VAT, koszty towaru, koszty dowozu do magazynu w Pruszkowie.

*/opcjonalnie „Oświadczam/y, że oferta cenowa nie obejmuje następujących kosztów ponoszonych przez Zamawiającego: (wymienić)”*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *(miejsce, data)* |  | *(podpis przedstawiciela upoważnionego*  *do reprezentacji wykonawcy)* |

1. Punkt 1.76 (omyłkowo przeniesiony z innego opisu technicznego) został usunięty przez Zamawiającego w dniu 30.06.2022 r. [↑](#footnote-ref-1)