**Załącznik nr 1 do SWZ**

Nr sprawy**: 2023.11.ZP**

# **OFERTA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Informacje dotyczące wykonawcy***(Identyfikacja wykonawcy):* | **Odpowiedź:***(wypełnia wykonawca)* |
| Nazwa i adres pocztowy wykonawcy[[1]](#footnote-2): |  |
| Numer NIP:Numer REGON:[[2]](#footnote-3) | [……] [……] |
| Dane teleadresowe wykonawcy: Adres pocztowy:Telefon:Adres e-mail: | [……][……] [……] |
| Czy wykonawca jest: | mikroprzedsiębiorstwem [ ] Tak [ ] Nie małym przedsiębiorstwem [ ] Tak [ ] Nieśrednim przedsiębiorstwem[ ] Tak [ ] Niejednoosobowa działalność gospodarcza [ ] Tak [ ] Nie |
| Dane osoby upoważnionej do reprezentowania wykonawcy w postępowaniu:Imię i nazwisko:Stanowisko:Podstawa umocowania:Dane kontaktowe: | [……] [……] [……][……] |
| 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.: **Dostawę 2 ambulansów ratunkowych** 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** | **Przedmiot oferty** | **Producent** | **Cena jednostkowa brutto** | **Ilość** | **Wartość brutto** |
| **1** | **Ambulans ratunkowy**  |  |  | **2** |  |
| **2** | **Nosze** |  |  | **2** |  |
|  |  | **RAZEM** |  |

**Pojazd bazowy:**

Marka……………………………….…………………., typ i model……………………………………,

Ambulans skompletowany:

Typ, nazwa handlowa…………………………………………………………………. wersja, wariant …………………………………………………………….. (zgodnie ze świadectwem homologacji).

**Wykonawca oświadcza, że:**

1. Ceny przedmiotu zamówienia zawierają 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. Oferowane ambulanse spełniają wymagania aktualnych norm PN-EN 1789+A2 lub normy równoważnej dla ambulansów ratunkowych i PN-EN 1865 lub normy równoważnej dla urządzeń transportu pacjenta, wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych pojazdów oraz zakresu ich niezbędnego wyposażenia (Dz. U. z 2003 r. Nr 32, poz. 262 z późn. zm.) oraz pozostałe wymogi określone przez Zamawiającego.
4. Oferowany sprzęt medyczny spełnia wymagania określone w ustawie o wyrobach medycznych oraz wymagania określone w SWZ.
5. Zobowiązuje się do wykonania zamówienia w terminie wskazanym w SWZ
6. Zobowiązuje się załączyć pisemne gwarancje jakości dla pojazdu bazowego na okres …… miesięcy (min. 24 miesiące), od daty protokolarnego odbioru ambulansu
7. Zobowiązuje się załączyć pisemną gwarancję jakości dla elementów zabudowy specjalistycznej ambulansu na okres …………… (min. 24 miesiące) od daty protokolarnego odbioru kompletnie zabudowanego ambulansu
8. Zobowiązuje się załączyć pisemne gwarancje jakości dla sprzętu opisanego w zał. 4 do SWZ na okres ……………… (min. 24 miesiące).
9. Zapewnia podjęcie napraw gwarancyjnych zabudowy specjalistycznej zgodnie z przepisami umowy.
10. Zapewnia wykonanie napraw gwarancyjnych pojazdów i zabudowy specjalistycznej zgodnie z zapisami umowy.
11. Adres/y serwisu/ów gwarancyjnego dla pojazdów bazowych (najbliżej siedziby zamawiającego) …………………………………………………………………...…………………………
12. Adres/y serwisu/ów gwarancyjnego dla zabudowy specjalistycznej ambulansów ……………………………………………………………………………………………...
13. Dane kontaktowe: siedziba/adres i nr telefonu w celu zgłaszania awarii do usunięcia w siedzibie Zamawiającego, o których mowa w umowie …..……….…………………………………………………………………………….......

**Tabela 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **\*Wpisać** **TAK/NIE** | **\* Opis oferowanego rozwiązania** |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
| 1. | Asystent martwego punktu pomagający unikać wypadków (rozpoznaje pojazdy w martwym punkcie i ostrzega kierowcę sygnałami wizualnymi i dźwiękowymi). Wyposażenie fabryczne pojazdu bazowego. |  |  |
| 2. | Asystent bocznego wiatru zapobiegający niespodziewanym zmianom toru jazdy przy bocznych podmuchach wiatru |  |  |
| 3. | Moc silnika powyżej 180 KM |  |  |
| 4. | Drzwi boczne przesuwne prawe do przedziału medycznego i przesuwne lewe do zewnętrznego schowka z elektrycznym fabrycznym system wspomagania ich domykania (fabryczne tj. będące oryginalnym wyposażeniem pojazdu bazowego), |  |  |
| 5. | Elektrycznie zwalniany przesuw fotela u wezgłowia noszy. |  |  |
| 6. | Możliwość przenoszenia transportera ze złożonym podwoziem tzn. taka funkcjonalność, która pozwoli na podniesienie transportera do góry, a podwozie nie ulegnie opuszczeniu bez konieczności przytrzymywania go – dotyczy transportera. |  |  |
| 7. | System automatycznego składania/rozkładania podwozia przy załadunku/rozładunku transportera do/z ambulansu nie wymagający jakichkolwiek czynności związanych ze zwalnianiem blokad, wciskaniem przycisków itd. – dotyczy transportera. |  |  |
| 8. | Automatyczny (tj. nie wymagający od użytkownika jakichkolwiek czynności) system zabezpieczający przez złożeniem podwozia zanim kółka najazdowe nie oprą się na podstawie (lawecie) czyli możliwość złożenia podwozia tylko i wyłącznie po dotknięciu podstawy (lawety) przez kółka najazdowe transportera. System ma zapobiegać sytuacji w której z powodu błędu użytkownika może dojść do złożenia podwozia w nieprawidłowym momencie – dotyczy transportera. |  |  |

*wypełnić kolumny 3 i 4*

**Tabela 2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **\*Wpisać** **TAK/NIE** | **\* Opis oferowanego rozwiązania** |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
| 1. | Pojazd wyposażony w system, który w przypadku spadku czynnika AdBlue poniżej minimalnego wymogu poziomu, umożliwia dalszą jazdę pojazdu nawet do 50 km, nie powodując przy tym spadku mocy silnika, ograniczenia prędkości lub zatrzymania pojazdu.Wyposażenie fabryczne pojazdu bazowego. |  |  |
| 2. | Asystent bocznego wiatru zapobiegający niespodziewanym zmianom toru jazdy przy bocznych podmuchach wiatru |  |  |
| 3. | Moc silnika powyżej 180 KM |  |  |
| 4. | Drzwi boczne przesuwne prawe do przedziału medycznego i przesuwne lewe do zewnętrznego schowka z elektrycznym fabrycznym system wspomagania ich domykania (fabryczne tj. będące oryginalnym wyposażeniem pojazdu bazowego), |  |  |
| 5. | Przesuw fotela u wezgłowia noszy dostępny w każdym momencie eksploatacji (również w trakcie jazdy ambulansu, przy zapiętym bezwładnościowym pasie bezpieczeństwa przez osobę siedzącą na przesuwanym fotelu). Dodatkowy przycisk zwalniający przesuw znajdujący się przy przesuwnych drzwiach pomiędzy kabiną kierowcy a przedziałem medycznym, ułatwiający przesuwanie fotela w trakcie przechodzenia z przedziału medycznego do kabiny kierowcy. |  |  |
| 6. | Możliwość przenoszenia transportera ze złożonym podwoziem tzn. taka funkcjonalność, która pozwoli na podniesieni transportera do góry, a podwozie nie ulegnie opuszczeniu bez konieczności przytrzymywania go – dotyczy transportera. |  |  |
| 7. | System automatycznego składania/rozkładania podwozia przy załadunku/rozładunku transportera do/z ambulansu nie wymagający jakichkolwiek czynności związanych ze zwalnianiem blokad, wciskaniem przycisków itd. – dotyczy transportera. |  |  |
| 8. | Automatyczny (tj. nie wymagający od użytkownika jakichkolwiek czynności) system zabezpieczający przez złożeniem podwozia zanim kółka najazdowe nie oprą się na podstawie (lawecie) czyli możliwość złożenia podwozia tylko i wyłącznie po dotknięciu podstawy (lawety) przez kółka najazdowe transportera. System ma zapobiegać sytuacji w której z powodu błędu użytkownika może dojść do złożenia podwozia w nieprawidłowym momencie – dotyczy transportera. |  |  |

|  |
| --- |
| **SAMOCHÓD BAZOWY** |
| **Lp.** | **Obszar** | **Lp.1** | **Opis wymaganych minimalnych warunków i parametrów techniczno-użytkowych**  | **Wpisać Tak / Nie** | **Parametry / warunki oferowane : \***(opisać, podać parametry) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. | Nadwozie : | 1.1 | Furgon, podwyższony, o wysokości i długości zapewniającej parametry opisane w adaptacji medycznej pkt. 5.1 tj. długość min. 3,25 m, wysokość min. 1,80 i szerokość min. 1,70 m, oddzielne siedzenia w kabinie kierowcy wykończone tapicerka w ciemnym kolorze, fotele regulowane (w tym regulacja odcinka lędźwiowego) z podłokietnikami, drzwi boczne wyposażone w nakładki progowe |  | \* Podać markę , typ, model pojazdu bazowego, podać wymiary przedziału ładunkowego,  |
| 1.2 | drzwi boczne prawe przesuwne, przeszklone, z szybą odsuwaną, stopień wejściowy stały oraz /i zewnętrzny działający automatycznie przy otwarciu/zamknięciu drzwi (wymaga się by stopień był obrotowy tzn. nie wsuwany/wysuwany do kasetki ze względu na zacieranie się takich konstrukcji) - możliwość ręcznego sterowania stopniem(Zamawiający dopuszcza by stopnie były wyposażeniem fabrycznym lub były montowane na etapie adaptacji na ambulans) |  | \* Podać oferowane rozwiązanie |
| 1.3 | Drzwi boczne przesuwne prawe do przedziału medycznego i przesuwne lewe do zewnętrznego schowka z elektrycznym fabrycznym system wspomagania ich domykania (fabryczne tj. będące oryginalnym wyposażeniem pojazdu bazowego),**Uwaga: opcja niewymagana lecz punktowana** |  | \* Podać kody fabryczne elektrycznego wspomagania domykania  |
| 1.4 | dotyczy stopnia wysuwanego : pozycja stopnia synchronizowana z drzwiami bocznymi (drzwi zamknięte –stopień schowany) oraz jego pozycja po wysunięciu muszą zapewniać pewne i bezpieczne wejście oraz wyjście  |  |  |
| 1.5 | stopień drzwi tylnych antypoślizgowy pełniący jednocześnie funkcję zderzaka |  |  |
| 1.6 | drzwi tylne wysokie przeszklone, dwuskrzydłowe, otwierane na boki o min. 250o z systemem blokowania przy otwarciu |  | \* Podać kąt otwarcia |
| 1.7 | kolor nadwozia: żółty fabryczny  |  | \* Podać kod koloru |
| 1.8 | centralny zamek na wszystkie drzwi + autoalarm sterowany pilotem |  |  |
| 1.9 | dywaniki gumowe dla kierowcy i pasażera w kabinie kierowcy zapobiegające zbieraniu się wody na podłodze |  |  |
| 1.10 | lusterka zewnętrzne elektrycznie podgrzewane, elektrycznie sterowane i składane |  |  |
| 1.11 | szyby boczne w kabinie kierowcy odsuwane elektrycznie, elektrycznie ogrzewana szyba przednia |  |  |
| 1.12 | regulacja kolumny kierownicy min. dwóch płaszczyznach tj. góra-dół, przód-tył |  |  |
|  | 1.13 | sygnalizacja dźwiękowa lub optyczna w kabinie kierowcy – o niedomknięciu którychkolwiek drzwi  |  | \* Podać oferowane rozwiązanie |
| 1.15 | kamera cofania (dachowa) + czujniki parkowania przednie oraz tylne + sygnalizator dźwiękowy cofania z możliwością dezaktywacji (Zamawiający dopuszcza by ww. elementy były wyposażeniem fabrycznym lub były montowane na etapie adaptacji na ambulans) |  |  |
| 2. | Silnik : | 2.1 | turbodiesel spełniający wymogi normy spalin EURO VI lub EURO 6- emisja CO2 poniżej 300j/km- dopuszczalne zużycie energii: olej napędowy 36Mj/lx20l=720MJ100km=7,20MJ/km |  | \*Podać pojemność silnika |
|  |  | 2.2 | moc silnika minimum – **170KM, moment obrotowy min. 380 Nm**Uwaga: **zaoferowanie silnika o mocy powyżej 180 KM jest opcją punktowaną**  |  | \*Podać moc silnika i moment obrotowy |
| 3. | Trakcja | 3.1 | skrzynia biegów automatyczna min. 7 biegowa |  |  |
|  |  | 3.2 | napęd : na oś przednią lub tylną |  | \*Podać: przedni czy tylny |
|  |  | 3.3 | system zapobiegający poślizgowi kół w trakcie ruszania |  | \*Podać nazwę |
|  |  | 3.4 | system ESP |  | \*Podać nazwę |
|  |  | 3.5 | pojazd wyposażony w system, który w przypadku spadku czynnika AdBlue poniżej minimalnego wymogu poziomu, umożliwia dalszą jazdę pojazdu nawet do 50 km, nie powodując przy tym spadku mocy silnika, ograniczenia prędkości lub zatrzymania pojazdu.Wyposażenie fabryczne pojazdu bazowego.**Uwaga: opcja niewymagana lecz punktowana**  |  |  |
|  |  | 3.6 | asystent bocznego wiatru zapobiegający niespodziewanym zmianom toru jazdy przy bocznych podmuchach wiatru**Uwaga: opcja niewymagana lecz punktowana** |  |  |
| 4. | Hamulce | 4. | z systemem antypoślizgowym ABS,  |  | \*Podać nazwę |
| 5. | Układ kierowniczy | 5.1 | wspomaganie układu |  |  |
| 6. | Koła i ogumienie | 6.1 | kpl. kół z oponami letnimi, rezerwa lub zestaw naprawczy, dodatkowo 4 koła z oponami zimowymi (felgi stalowe + opony), wszystkie koła z czujnikami ciśnienia |  |  |
| 7. | Instalacja elektryczna | 7.1 | wzmocniony alternator o wydajności min. 220 A |  | \* Podać wydajność w A |
| 8 | Wyposażenie | 8.1 | radioodtwarzacz samochodowy (Zamawiający dopuszcza by radioodtwarzacz był wyposażeniem fabrycznym lub był montowany na etapie adaptacji na ambulans) |  |  |
| 8.2 | zbiornik paliwa o pojemności min.70l |  | \* Podać pojemność w l |
|  |  | 8.3 | poduszki powietrzne dla kierowcy i pasażera (min. trzy rodzaje) |  | \*Podać oferowane rodzaje poduszek |
|  |  | 8.4 | dodatkowa lampka dla pasażera zainstalowana nad głową pasażera (Zamawiający dopuszcza by lampka była wyposażeniem fabrycznym lub była montowana na etapie adaptacji na ambulans) |  |  |
|  |  | 8.5 | lampy przeciwmgielne z funkcją doświetlania zakrętów |  |  |
|  |  | 8.6 | chlapacze przednie i tylne |  |  |
|  |  | 8.7 | automatyczna klimatyzacja kabiny kierowcy |  | \* Podać kod fabryczny |
| 9. | Zawieszenie | 9.1 | Zawieszenie wzmocnione, zapewniające odpowiedni komfort transportu pacjenta (np. zawieszenie pneumatyczne lub komfortowe z tłumikiem drgań) |  | \* Podać oferowane rozwiązanie |
| 10. | DMC | 10.1 | Dopuszczalna masa całkowita nie może przekraczać 3,5t |  | \* Podać DMC |

|  |
| --- |
| **ADAPTACJA MEDYCZNA Z WYPOSAŻENIEM MEDYCZNYM** |
| Ambulans powinien spełniać jednocześnie: wymagania zapisane w niniejszej tabeli oraz warunki zgodne z obowiązującymi przepisami zawartymi w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych pojazdów oraz zakresu ich niezbędnego wyposażenia (Dz. U. z 2003 r. Nr 32, poz. 262, z późn. zm.),**aktualnej normy PN EN 1789 lub normy równoważnej**(ambulans ratunkowy)**oraz pozostałe wymogi** określone przez Zamawiającego. |
| Ambulans przeznaczony do transportu maksymalnie jednego pacjenta na noszach oraz trzyosobowego zespołu specjalistycznego / podstawowego. |
| Urządzenia do transportowania pacjenta powinny spełniać poniższe wymagania oraz warunki zgodne z obowiązującymi normami – dla urządzeń do transportu pacjenta norma PN-EN 1865-1 lub normy równoważnej  |
| **Lp.** | **Obszar** | **Lp.1** | **Opis wymaganych minimalnych warunków i parametrów techniczno-użytkowych**  | **Wpisać Tak / Nie** | **Parametry / warunki oferowane****\***(opisać, podać parametry) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. | Nadwozie : | 1.1 | Oznakowanie pojazdu:- pas odblaskowy zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r.a) pas odblaskowy z folii typu 3 barwy czerwonej, umieszczony w obszarze pomiędzy linią okien i nadkolib) pas odblaskowy z foli typu 1 lub 3 barwy czerwonej umieszczony wokół dachuc) pas odblaskowy z folii typu 1 lub 3 barwy niebieskiej umieszczony bezpośrednio nad pasem czerwonym (o którym mowa w pkt. „a”) |  | \*Podać oferowane rozwiązanie |
| 1.2 | napis lustrzany "AMBULANS" z przodu pojazdu |  |  |
| 1.3 | napis "**PAŃSTWOWE RATOWNICTWO MEDYCZNE**" na mat. odblask. wpisany w okrąg z krzyżem w środku ; na bocznych ścianach ambulansu, na przedniej części dachu i na tylnych drzwiach. **Do uzgodnienia po podpisaniu umowy** |  |  |
| 1.4 | dodatkowe emblematy np. „**P**” lub „**S**” po obu stronach pojazdu oraz na drzwiach tylnych – **do uzgodnienia po podpisaniu umowy** |  |  |
| 1.5 | **logo Zamawiającego** na drzwiach kabiny po obu stronach pojazdu **- do uzgodnienia po podpisaniu umowy** |  |  |
| 1.6 | dodatkowe uchwyty na drzwiach tylnych oraz w zewnętrznym schowku (ułatwienie zamykania drzwi, dostępu do schowka) |  |  |
|  |  | 1.7 | zewnętrzny schowek za lewymi drzwiami przesuwnymi (oddzielony od przedziału medycznego i dostępny z zewnątrz pojazdu), z miejscem mocowania min. 2 szt. butli tlenowych 10l, krzesełka kardiologicznego, noszy podbierakowych, materaca próżniowego oraz deski ortopedycznej dla dorosłych. Poprzez drzwi lewe ma być zapewniony dostęp do plecaka / torby medycznej umieszczonej w przedziale medycznym (tzw. podwójny dostęp do plecaka/torby – z przedziału medycznego i z zewnątrz pojazdu). |  |  |
| 2. | Ogrzewanie regulowane za pomocą termostatu : |  | takie, aby przy temperaturach zewnętrznych -10oC i niższych ogrzanie wnętrza o przynajmniej 5oC nie trwało dłużej niż 15 minut.  |  |  |
| od silnika, z możliwością regulacji | 2.1 | kabiny kierowcy |  |  |
| 2.2 | przedziału pacjenta za pomocą nagrzewnicy umieszczonej w przedziale medycznym |  | \* Podać markę i typ urządzenia |
| niezależne | 2.3 | niezależne od pracy silnika i układu chłodzenia silnika dodatkowe ogrzewanie przedziału medycznego, z możliwością ustawienia temperatury i termostatem o mocy min. 5,0 kW tzw. powietrzne |  | \* Podać markę i typ urządzenia |
| postojowe, dodatkowe | 2.4 | z sieci 230 V - dodatkowy, podgrzewacz przedziału pacjenta o mocy min. 2100W - zamocowany w pozycji poziomej w taki sposób, aby wylot ogrzanego powietrza skierowany był do środka przedziału  |  | \* Podać markę i typ urządzenia |
|  | wentylacja | 2.5 | wentylator dachowy z lampą wewnętrzną zapewniający ponad 20-cio krotną wymianę powietrza na godzinę w przedziale medycznym |  | \* Podać markę i typ urządzenia |
| 3. | klimatyzacja | 3.1 | rozbudowa fabrycznej klimatyzacji kabiny kierowcy na przedział medyczny (po rozbudowie klimatyzacja dwuparownikowa) |  |  |
| 4. | Instalacja elektryczna | 4.1 | dwa akumulatory o pojemności sumarycznej min. 180 Ah - jeden do rozruchu silnika, drugi do zasilania przedziału pacjenta - połączone tak, aby były doładowywane zarówno z alternatora w czasie pracy silnika, jak i z prostownika na postoju po podłączeniu zasilania do sieci 230V. Widoczna dla kierowcy sygnalizacja stanu naładowania akumulatorów, z ostrzeganiem o niedoładowaniu któregokolwiek (Zamawiający dopuszcza by akumulatory były wyposażeniem fabrycznym pojazdu bazowego bądź elementem wyposażenia adaptacji na ambulans sanitarny). |  | \*Podać pojemności akumulatorów |
|  |  | 4.2 | zasilanie zewn. 230V z zabezpieczeniem przeciwporażeniowym różnicowo-prądowym oraz zabezpieczenie przed uruchomieniem silnika. Układ zapewniający zasilanie instalacji 12 V oraz skuteczne ładowanie akumulatorów - jeden prostownik o min. rzeczywistej wydajności prądowej 25A lub dwa prostowniki oddzielnie dla akumulatora rozruchowego, oddzielnie dla przedziału pacjenta - z automatycznym zabezpieczeniem przed jego awarią oraz przeładowaniem akumulatorów – w kabinie kierowcy widoczna sygnalizacja właściwego działania prostownika ładującego akumulatory na postoju. |  | \*Opisać zastosowane rozwiązanie |
|  |  | 4.3 | **3gniazda 230 V** w przedziale pacjenta z bezpiecznikami zabezpieczającymi, w tym dwa w okolicach środkowej części przedziału medycznego na lewej ścianie oraz jedno do zasilania dodatkowego podgrzewacza elektrycznego.**Dodatkowa przetwornica 1000W (prąd w sinusie), z możliwością wyłączenia. Po włączeniu napięcie w gniazdach 230V w czasie jazdy.** |  |  |
|  |  | 4.4 | **~~4~~ gniazda 12 V typu Lexel**(w przypadku dostawy ambulansu z gniazdami innego typu wymaga się by do każdego ambulansu dostarczony był komplet tj. 4 szt. przejściówek umożliwiający wpinanie do gniazd ambulansu urządzeń Zamawiającego z wtyczkami typu Lexel) w przedziale medycznym z bezpiecznikami zabezpieczającymi + gniazdo USB ściana działowa |  |  |
|  |  | 4.5 | 2 przewody zasilania zewnętrznego 230V o długości co najmniej 10 m |  |  |
|  |  | 4.6 | grzałka w bloku silnika (w układzie cieczy chłodzącej silnik) zasilana z sieci 230V . Na pojeździe ma być zamontowana wizualna sygnalizacja informująca o podłączeniu ambulansu do sieci 230V. |  |  |
|  |  | 4.7 | kabina kierowcy ma być wyposażona w panel sterujący - informujący kierowcę o działaniu reflektorów zewnętrznych- informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu podłączeniu ambulansu do sieci 230 V- informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu otwartych drzwi między przedziałem medycznym a kabiną kierowcy - informujący kierowcę o poziomie naładowania akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego- ostrzegający kierowcę (sygnalizacja dźwiękowa) o niedoładowaniu akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego |  |  |
|  |  | 4.8 | w kabinie kierowcy 2 gniazda USB umiejscowione w desce rozdzielczej po stronie pasażera oraz jedno gniazdo 12V typu zapalniczki na podszybiu |  |  |
|  |  | 4.9 | przedział medyczny ma być wyposażony w zamontowany na prawej ścianie (przy fotelu obrotowym) panel sterujący z mikrostycznikami:- informujący o temperaturze w przedziale medycznym oraz na zewnątrz pojazdu- z funkcją zegara (aktualny czas) i kalendarza (dzień, data)- informujący o temperaturze wewnątrz termoboxu- sterujący oświetleniem przedziału medycznego - sterujący systemem wentylacji przedziału medycznego- zarządzający system ogrzewania przedziału medycznego i klimatyzacji przedziału medycznego z funkcją automatycznego utrzymania zadanej temperatury. |  |  |
| 5. | Przedział pacjenta | 5.1 | minimalne wewn. wymiary przedziału pacjenta: wysokość 1,80 m, długość 3,25 m, szerokość 1,70 m (pomiędzy ścianami bocznymi) |  | \*Podać wymiary |
| 5.2 | izolacja termiczna ścian i sufitu przedziału medycznego oraz pawlacza nad kabiną kierowcy-(jeżeli jest zamontowany) |  |  |
| 5.3 | na prawej ścianie jeden fotel obrotowy, wyposażony w bezwładnościowe, trzypunktowe pasy bezpieczeństwa i zagłówek, ze składanym do pionu siedziskiem (łatwo składanym ruchem jednej ręki) i regulowanym oparciem pod plecami (regulowany kąt oparcia – podać zakres regulacji).Podać markę i model oferowanego fotela.Fotel wyposażony w czujnik zapięcia pasów bezpieczeństwa. |  | \*Podać markę i model fotela oraz zakres regulacji |
| 5.4 | przy ścianie działowej u wezgłowia noszy fotel obrotowy tj. umożliwiający jazdę tyłem do kierunku jazdy, z systemem przesuwu, ze składanym do pionu siedziskiem, zagłówkiem (regulowanym lub zintegrowanym), bezwładnościowym pasem bezpieczeństwa oraz regulowanym oparciem pod plecami (regulowany kąt oparcia – podać zakres regulacji). Podać markę i model oferowanego fotela.Fotel wyposażony w czujnik zapięcia pasów bezpieczeństwa.**Uwaga. Parametr punktowany: przesuw fotela u wezgłowia noszy dostępny w każdym momencie eksploatacji (również w trakcie jazdy ambulansu, przy zapiętym bezwładnościowym pasie bezpieczeństwa przez osobę siedzącą na przesuwanym fotelu). Dodatkowy przycisk zwalniający przesuw znajdujący się przy przesuwnych drzwiach pomiędzy kabiną kierowcy a przedziałem medycznym, ułatwiający przesuwanie fotela w trakcie przechodzenia z przedziału medycznego do kabiny kierowcy.** |  | \*Podać markę i model fotela oraz zakres regulacji |
| 5.5 | podłoga wyłożona wykładziną antypoślizgową, łatwo zmywalną, połączoną szczelnie z pokryciem boków |  |  |
| 5.6 | ściany boczne, sufit, półki, szafki wykonane z materiału łatwo zmywalnego, odpornego na działanie środków myjąco odkażających, bez ostrych krawędzi, w kolorze białym |  |  |
| 5.7 | przegroda między kabiną kierowcy a przedziałem medycznym. Przegroda zapewniająca możliwość oddzielenia obu przedziałów oraz komunikację pomiędzy personelem medycznym a kierowcą, przegroda ma być wyposażona w drzwi przesuwane mechanicznie(minimalna wysokość przejścia 1800 mm, minimalna szerokość przejścia 400 mm ) spełniające normę PN EN 1789 lub normę równoważną (Nie ma być możliwości prowadzenia pojazdu z drzwiami w pozycji otwartej. Drzwi zabezpieczone przed otwarciem gdy ambulans drogowy jest w ruchu.Podczas postoju pojazdu z zapalonym silnikiem, możliwość otwarcia drzwi przesuwnych.). |  | \* Podać wysokość i szerokość przejścia |
| 5.8 | schowek wewnętrzny na dodatkowe wyposażenie ortopedyczne z łatwym dostępem w każdych warunkach (unieruchomienia kończyn, miednicy, kręgosłupa)  |  |  |
| 5.9 | na ścianie lewej szyny wraz z trzema panelami do mocowania uchwytów dla następującego sprzętu medycznego: defibrylator, respirator, pompa infuzyjna Panele mają mieć możliwość demontażu oraz przesuwu wzdłuż osi pojazdu tj. możliwość rozmieszczenia ww. sprzętu medycznego wg uznania Zamawiającego.Uwaga – Zamawiający nie dopuszcza mocowania na stałe uchwytów do ww. sprzętu medycznego bezpośrednio do ściany przedziału medycznego. Zamawiający po podpisaniu umowy dośle do montażu uchwyty do ssaka, defibrylatora, pompy oraz respiratora, a Wykonawca zamontuje je podczas adaptacji na ambulans. |  |  |
| 5.10 | zabudowa meblowa na ścianach bocznych (lewej i prawej):- zestawy szafek i półek wykonanych z tworzywa sztucznego, zabezpieczone przed niekontrolowanym wypadnięciem umieszczonych tam przedmiotów, z miejscem mocowania wyposażenia medycznego tj. deska pediatryczna, kamizelka typu KED, szyny Kramera, torba opatrunkowa,- półki podsufitowe z przezroczystymi szybkami i podświetleniem umożliwiającym podgląd na umieszczone tam przedmioty (na ścianie lewej co najmniej 4 szt., na ścianie prawej co najmniej 2 szt.). - pod półkami szufladki na drobny sprzęt medyczny |  | \*Podać oferowane rozwiązanie |
| 5.11 | zabudowa meblowa na ścianie działowej:- szafka z blatem roboczym(blat roboczy na wysokości 100 cm ±10cm)wykończonym blachą nierdzewną, z pojemnikiem na zużyte igły, strzykawki i z szufladą |  | \*Podać oferowane rozwiązanie |
| 5.12 | podgrzewacz płynów infuzyjnych (termobox) - umożliwiający automatyczne utrzymanie temperatury płynów w nim przechowywanych na poziomie min. 34-36st.C, zarówno na postoju , jak i w czasie ruchu ambulansu (o każdej porze roku.), pojemność min. 3 l. |  |  |
| 5.13 | miejsce na torbę lekarską lub plecak – dostęp ma być zapewniony zarówno z przedziału medycznego jaki i poprzez lewe drzwi przesuwne |  |  |
| 5.14 | uchwyty sufitowe do płynów infuzyjnych |  |  |
| 5.15 | uchwyty sufitowe dla personelu umieszczone wzdłuż noszy |  |  |
| 5.16 | dodatkowa gaśnica samochodowa (min. 1kg środka gaśniczego) - **wraz z uchwytem mocującym** |  |  |
| 5.17 | miejsce do mocowania ssaka i urządzenia do mechanicznego ucisku klatki piersiowej (wzmocnione- zabezpieczone krawędzie szafki przed nadmiernym zużyciem) |  |  |
| 5.18 | okna zmatowione do 2/3 wysokości |  |  |
| 5.19 | termometr wskazujący temperaturę w przedziale pacjenta |  |  |
| 5.20 | urządzenie do wybijania szyb, nóż do przecinania pasów bezpieczeństwa |  |  |
|  |  | 5.21 | kosz na śmieci |  |  |
| 6. | Oświetlenie  i sygnalizacja | 6.1 | w przedniej części dachu pojazdu belka świetlna typu LED, wyposażona w dwa reflektory typu LED do oświetlania przedpola pojazdu oraz podświetlany napis ambulans (wymagana jest belka niskoprofilowa) + dodatkowe lampy niebieskie typu led w pasie przednim |  | \*Podać markę i model belki |
| 6.2 | w tylnej części dachu pojazdu belka świetlna typu LED do oświetlania pola za pojazdem (wymagana jest belka niskoprofilowa). |  | \* Podać markę i model belki |
| 6.3 | sygnalizacja dźwiękowa: - elektryczna, modulowana, z możliwością podawania komunikatów głosowych, (głośnik o mocy min. 100W zamontowany w pasie przednim, głośnik w obudowie metalowej) - awaryjna np.: pneumatyczna ciągłego działania |  | \* Podać markę i model sygnalizacji pneumatycznej |
| 6.4 | włączanie sygnalizacji dźwiękowo-świetlnej realizowane przez jeden główny włącznik umieszczony w widocznym, łatwo dostępnym miejscu na desce rozdzielczej kierowcyoraz klakson pojazdu |  |  |
| 6.5 | lampy świateł pozycyjnych na drzwiach tylnych działające po ich otwarciu, lampy typu LED |  |  |
| 6.6 | reflektory zewnętrzne, po dwa z tyłu, lewej i prawej strony, do oświetlenia miejsca akcji, reflektory typu LED, reflektory automatycznie wyłączające się po ruszeniu pojazdu osiągnięciu prędkości 15 km/h |  |  |
| 6.7 | przenośny szperacz (latarka) typu LED z system ładującym (ładowarką 12V/230V) zamontowany w kabinie kierowcy o następujących parametrach:- moc świetlna minimum 300 lm- waga za akumulatorem max. 300 g- wodoodporność co najmniej IP65- wykonany z aluminium, odporny na uderzenia i upadki- zasięg światła min. 200m |  | Podać markę i model szperacza |
| przedziału pacjenta | 6.7 | oświetlenie rozproszone typu LED na obszar pacjenta i obszar otaczający umieszczone na suficie wzdłuż podstawy noszy. |  |  |
| 6.8 | co najmniej 2 sufitowe punkty świetlne typu LED nad noszami, z regulacją kąta padania światła + oświetlenie punktowe typu LED blatu roboczego. |  |  |
| 6.9 | włączenie/wyłączenie oświetlenia (jednej sekcji) po otwarciu/zamknięciu drzwi przedziału pacjenta |  |  |
| 7. | Łączność | 7.1 | zamocowana na dachu ambulansu antena wg PAR o impedancji 50 Ohm dla f=168-170 Mhz - z gniazdem i przewodem doprowadzonym do miejsca mocowania radiotelefonu |  |  |
| 7.2 | Radiotelefon przewoźny typu DM4601 lub równoważny zainstalowany i podłączony. |  |  |
| 7.3 | Ładowarka zamontowana w kabinie kierowcy do radiotelefonu przenośnego typu DP4601 |  |  |
| 7.4 | Instalacja do systemu SWD PRM bez tabletu wraz z uchwytami do montażu stacji dokującej do tabletu oraz drukarki wraz z przetwornicą: PS – 350V12 lub równoważną.Zamawiający wymaga dwóch anten dwuzakresowych typu Miticon lub równoważnych do tabletu i modułu GPSStacja dokująca do tabletu ZEBRA Uchwyt do drukarki oraz drukarkę do systemu SWD np. HP202 lub równoważnąGniazdko 230Vna ścianie działowej oraz 12 VModuł GPS Teltonika FM33XM (lub równoważny).Instalację elektryczną logiczną wraz połączeniem stacji dokującej i drukarki za pomocą przewodu USB.Luki techniczne umożliwiające dostęp do anten. |  |  |
| 8. | Centralna instalacja tlenowa, | 8.1 | centralna instalacja tlenowa:- uchwyt na dwie butle stalowe 10l- zintegrowany panel tlenowy z podwójnym gniazdem typu AGA, z manometrem ciśnienia tlenu i przełącznikiem butla/butla (tzn. z wyborem butli z której ma być pobierany tlen) - dodatkowy punkt poboru tlenu (sufitowy) z przepływomierzem ściennym zamontowanym na ścianie prawej przy fotelu obrotowym. |  | \*Podać markę i typ zintegrowanego panelu tlenowego |
| 8.2 | **2 butle tlenowe duże** (10L przy ciśnieniu 150 bar) i 2 butle tlenowe 3L **każda z reduktorem** na szybkozłącze typu AGA, oraz uchwytami mocującymi - tak umiejscowione, aby w każdych warunkach możliwy był dostęp do zaworów, obserwacja ciśnieniomierzy oraz bezproblemowa wymiana butli (butle zalegalizowane w 2021) |  | \*Podać markę i typ reduktorów |
| 9. | Obsługa techniczna pojazdu | 9. | min. co 15.000 km  |  | \* Podać częstotliwość |
| 10. | Okres gwarancji dla pojazdu bazowego | 10.1 | min. 24 miesiące bez limitu km. |  | \*Podać okres |
| dla zabudowy medycznej ambulansu | 10.2 | min. 24 miesiące  |  | \*Podać okres |
| dla lakieru | 10.3 | min. 24 mies. |  | \*Podać okres |
| 11. | Nosze główne | - | wielofunkcyjne samojezdne nosze z transporterem i ruchomą podstawą –  |  |  |
| - | nosze powinny być wykonane z mocnego materiału, odpornego na bakterie, grzyby, plamy i zgniliznę, łatwego do czyszczenia, zmywalnego, odpornego na wodę oraz olej napędowy |  |  |
| - | nosze i transporter powinny być pomalowane farbą wodoodporną lub w inny sposób zabezpieczone przed powstawaniem zadrapań albo być wykonane z materiału odpornego na korozję. Obie wersje powinny być odporne na środki dezynfekujące. |  |  |
| - | wszystkie mechanizmy powinny być skonstruowane w sposób zapobiegający uszkodzeniom ciała użytkownika oraz pacjenta, powinno być możliwe zablokowanie i zabezpieczenie noszy oraz podstawy przed ruchami bocznymi, wzdłużnymi, pionowymi i ukośnymi |  |  |
| 11.1 | **Nosze główne (**część noszowa**):**  |  | \*podać markę i model |
| a) | umożliwiające przeprowadzenie reanimacji (twarde, podłoże) |  |  |
| b) | umożliwiające płynne uniesienie tułowia do kąta powyżej 75o |  | \* podać kąt |
| c) | umożliwiające zastosowanie pozycji przeciwwstrząsowej |  |  |
| d) | umożliwiające ustawienie pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha |  |  |
| e) | umożliwiające ustawienie na transporterze przodem i tyłem do kierunku jazdy |  |  |
| f) | umożliwiające pewne i szybkie połączenie z transporterem w każdej ustawionej pozycji regulowanych części noszy |  |  |
| g) | z dodatkowym zestawem uprzęży służącej do transportu małych dzieci na noszach w pozycji siedzącej lub leżącej – podać markę i model załączyć folder wraz z opisem oraz potwierdzenie producenta noszy o kompatybilności noszy z zaoferowanym zestawem zabezpieczającym dzieci w trakcie transportu |  | \* podać markę i model |
| h) | ciężar noszy nie przekraczający 23 kg(waga bez pasów i materaca) |  | \* podać ciężar |
| i) | nośność powinna wynosić min. 200 kg |  | \* podać nośność |
| j) | z zestawem pasów szelkowych i poprzecznych zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy; |  |  |
| k) | ze składanymi poręczami bocznymi, ze składanymi lub chowanymi rączkami do przenoszenia z przodu i tyłu noszy,  |  |  |
| l) | Nie przepuszczający płynów i cieczy , nienasiąkliwy , odporny na silnie żrące środki chemiczne , wytrzymały na uszkodzenia mechaniczne , łatwy w czyszczeniu , przystosowany do dezynfekcji ogólnie dostępnymi środkami , umożliwiający prania w pralce , o wym. min.190 x 100 cm |  |  |
| 11.2 | **Transporter noszy:** |  | \* podać markę i model |
| a) | wielopoziomowy z regulacją wysokości w min. 6 poziomach, z niezależną regulacją przedniej i tylnej części |  | \* podać ilość poziomów |
| b) | system składanego podwozia zapewniający łatwy załadunek do ambulansu,  |  |  |
| c) | cztery kółka jezdne o średnicy minimum 15 cm  |  | \* podać średnicę |
| d) | możliwość skrętu wszystkich czterech kółek jezdnych, opisanych w ppkt. c), o kąt co najmniej 180o tak aby możliwy był transport na wprost i bokiem - przy jeździe na wprost automatyczna blokada 2 kółek  |  |  |
| e) | możliwość zahamowania co najmniej 2 kółek |  |  |
| f) | ciężar transportera nie więcej niż 28 kg |  | \* podać wagę*28 kg* |
| g) | dopuszczalne obciążenie transportera min. 235 kg |  | \* podać nośność*270 kg* |
| h) | Automatyczny ( tj. nie wymagający od użytkownika jakichkolwiek czynności) system zabezpieczający przed złożeniem podwozia zanim kółka najazdowe nie oprą się na podstawie (lawecie) czyli możliwość złożenia podwozia tylko i wyłącznie po dotknięciu podstawy ( lawety) przez kółka najazdowe transportera . System ma zapobiegać sytuacji w której z powodu błędu użytkownika może dojść do złożenia podwozia w nieprawidłowym momencie**Uwaga: opcja niewymagana lecz punktowana** |  | \* podać oferowane rozwiązanie |
| i) | System automatycznego składania/rozkładnia podwozia przy załadunku/rozładunku transportera do/z ambulansu nie wymagający jakichkolwiek czynności związanych ze zwalnianiem blokad, wciskania przycisków itp.**Uwaga: opcja niewymagana lecz punktowana** |  | \* podać oferowane rozwiązanie |
| j) | Możliwość przenoszenia transportera noszy ze złożonym podwoziem tzn. taka funkcjonalność która pozwoli na podniesienie transportera do góry a podwozie nie ulegnie opuszczeniu bez konieczności jego przytrzymywania**Uwaga: opcja niewymagana lecz punktowana** |  | \* podać oferowane rozwiązanie |
| 11.3 | **Podstawa pod nosze – laweta:** |  | **\***Podać markę i model |
| a) | umożliwiająca boczny przesuw, wysuw do tyłu, na zewnątrz z jednoczesnym pochyłem dla łatwego wprowadzenia noszy z transporterem, dojście z każdej strony do pacjenta na noszach, możliwość pochyłu do pozycji Trendelenburga (min. 10 stopni) w trakcie transportu pacjenta, (zwolnienie mechanizmu wysuwu lawety nie może być realizowane za pomocą linki).  |  |  |
|  | **Wymagania ogólne:** |  |  |
| 12. | Ilość przewożonych osób |  |  |  |
| 13. | **Wymagany okres gwarancyjny dla pojazdu bazowego, ambulansu z zabudową i wyposażenia specjalistycznego - minimum 24 miesiące, określony w ofercie.** |  | **\***Podać okresy odpowiednio |
| 14. | **Do oferty należy dołączyć:****- świadectwo homologacji oferowanego ambulansu oraz deklaracje zgodności lub certyfikaty - dla wyposażenia specjalistycznego: nosze główne z transporterem poz. 11.1, 11.2 ,**  |  | **\***Opisać jakie dokumenty załączono – / *jako spis treści załączników do oferty/* |
| 15. | **Uwaga :** |  |  |  |  |
| a) | **szczegółowa koncepcja zabudowy wnętrza do uzgodnienia z Zamawiającym po podpisaniu umowy**, a przed przystąpieniem do ostatecznej zabudowy ambulansu. |  |  |
| b) | wszystkie urządzenia medyczne jak i elementy wyposażenia muszą się dać pewnie i szybko zamocować w wyznaczonych do tego miejscach, zamocowania muszą zapobiegać przesuwaniu, drganiom, podskakiwaniu sprzętu w trakcie ruchu, przyspieszania i hamowania ambulansu. W miejscach zawieszania, mocowania : noszy podbierakowych, krzesełka kardiologicznego, desek ortopedycznych należy zastosować elementy tłumiące drgania i hałasy powstające w trakcie ruchu ambulansu. |  |  |
| c) | wszystkie miejsca siedzące muszą być wyposażone w pasy bezpieczeństwa i zagłówki. |  |  |
| d) | pojazd bazowy jest wyprodukowany w roku 2022 lub 2023r. |  |  |
| e) | koło rezerwowe (jeżeli dostarczone) umieszczone poza przedziałem pacjenta – w miejscu umożliwiającym jego wymianę przez kierowcę ambulansu |  | \*napisać gdzie umieszczone |
| 16. | **Przy dostawie należy przekazać****(dotyczy samochodu bazowego):** |  |  |
| a) | Karta pojazdu odpowiednio wypełniona dla pojazdu bazowego (wymagane do rejestracji pojazdu) |  |  |
| b) | Wyciąg ze świadectwa homologacji dla pojazdu bazowego (wymagane do rejestracji pojazdu)  |  |  |
| c) | Instrukcja obsługi pojazdu |  |  |
| d) | Książka obsług (przeglądów) pojazdu |  |  |
| e) | Instrukcja obsługi centralnego zamka (oraz immobilizera i auto alarmu, jeżeli są zamontowane i nie są opisane w instrukcji pojazdu) |  |  |
|  f) | Karta gwarancyjna pojazdu |  |  |
| g) | Karta gwarancyjna auto alarmu (jeżeli nie jest wyposażeniem fabrycznym pojazdu bazowego) |  |  |
|  h) | Karta gwarancyjna centralnego zamka (jeżeli nie jest wyposażeniem fabrycznym pojazdu bazowego) |  |  |
|  17. | **Przy dostawie należy przekazać (dotyczy pojazdu bazowego po adaptacji oraz sprzętu medycznego):** |  |  |
| a) | Instrukcja obsługi urządzeń przedziału medycznego wraz z pokazaniem ich rozmieszczenia (rysunek, zdjęcie) |  |  |
| b) | Instrukcja obsługi i konserwacji noszy głównych i transportera do noszy |  |  |
| c) | Instrukcja obsługi i konserwacji reduktorów tlenowych + dozownik |  |  |
|  d) | Instrukcja obsługi i konserwacji elektrycznego ogrzewacza wnętrza |  |  |
| e) | Karta gwarancyjna zabudowy przedziału medycznego  |  |  |
| f) | Karty gwarancyjne urządzeń wyposażenia medycznego ambulansu : reduktory, dozownik ... |  |  |
| g) | Karta gwarancyjna noszy głównych, transportera, podstawy (lawety) , krzesełka kardiologicznego |  |  |
| h) | Karta gwarancyjna sygnalizacji pneumatycznej |  |  |
| i) | Karta gwarancyjna centralnego zamka (jeżeli nie jest wyposażeniem fabrycznym pojazdu bazowego) |  |  |
| j) | Schemat rozmieszczenia przekaźników i bezpieczników chroniących instalacje elektryczne ambulansu |  |  |
| k) | Wykaz łącznie z adresami, zlokalizowanych najbliżej siedziby Zamawiającego, autoryzowanych stacji obsług i napraw gwarancyjnych pojazdu bazowego . |  |  |

Uwaga !

- w kolumnie nr 5 wpisać słowo „ tak” lub „nie”

- w kolumnie nr 6 opisać krótko zastosowane rozwiązanie parametry

- pozycje oznaczone \* muszą być obowiązkowo wypełnione opisem!

- pozycji zaciemnionych nie wypełniać

1. **OŚWIADCZAMY**, że zaoferowana cena zawiera wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego, które wynikają z zapisów SWZ oraz aktualnych przepisów prawa.
2. **OŚWIADCZAMY**, że akceptujemy wskazany w SWZ termin realizacji zamówienia.
3. **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. **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;
4. **OŚWIADCZAMY,** żenie 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 (Dz. U. poz. 835)
5. **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-2)
2. *W przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie numer NIP i REGON wszystkich członków konsorcjum lub spółki cywilnej.* [↑](#footnote-ref-3)