Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

ZP.51.DAOiK.2021

**FORMULARZ OFERTY**

z wykazem asortymentowo – ilościowym

**Wykonanie przeglądu rocznego sprzętu rehabilitacyjnego w budynkach Zespołu Domów Pomocy Społecznej i Ośrodków Wsparcia**

**w Bydgoszczy w 2022 r.**

***I. Wykonawca:***

1 Nazwa i adres

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

a) NIP.................................................................................

b) REGON...........................................................................

c) Telefon...........................................................................

d) E-mail.............................................................................

e) nr KRS lub innego dokumentu:......................................

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe oferujemy wykonanie zamówienia polegającego na wykonaniu przeglądu rocznego sprzętu rehabilitacyjnego budynkach Zespołu Domów Pomocy Społecznej i Ośrodków Wsparcia w Bydgoszczy w 2022 r. w zakresie i na warunkach określonych w zapytaniu ofertowym wraz z załącznikami w następujący sposób:

1) Wartość ofertowa netto zamówienia – ogółem (Poz. 1-10) ……………………….………………………zł

(słownie zł: …………………………………………………………………………………………….)

2) Wartość ofertowa brutto zamówienia – ogółem (Poz. 1-10) …………………………………………..…. zł

(słownie zł: …………………………………………………………………………………………….)

3) Stawka podatku VAT .......….. % kwota ………………………… zł

4) Deklaruję 30 dniowy termin płatności licząc od dnia otrzymania faktury przez Zamawiającego.

 5) Zakres przeglądu :

Przegląd techniczny sprzętu rehabilitacyjnego – fizykoterapii oraz hydroterapii wg. normy IEC 62353 Sprzęt podłączony do instalacji elektrycznej 230v wykonać między innymi testy bezpieczeństwa

- przewód uziemiający

- bezpieczniki/zabezpieczenia

-zanieczyszczenie złączy serwisowych

Pomiary bezpieczeństwa w klasie ochrony I,II,B,BF,CF

- rezystancja przewodu ochronnego

- rezystencja izolacji

Zakres testów medyczno-funkcjonalnych przeglądu okresowego:

-sprawdzenie aparatów rehabilitacji od strony parametrów eksploatacyjnych wg. DTR

- regulacja bez części zamiennych , kalibracja

- testy parametrów medycznych wykonywane przy użyciu kalibrowanych testerów funkcyjnych

Stwierdzone usterki lub wadliwość w działaniu ująć w protokole ogólnym i podać w osobnej kalkulacji naprawy.

**POZ.1.DPS „ SŁONECZKO” UL. GAŁCZYŃSKIEGO 2 BYDGOSZCZ**

**KIEROWNIK DOMU TEL. 665-996-965- kontakt w sprawie terminu przeglądu**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia**  | **Symbol /typ** | **Ilość sztuk** | **Cena/wartość brutto**  |
| 1 | PULSOTRONIC | ST-5D | 1 |  |
| 2 | GALVOTRONIC | GT-1C | 1 |  |
| 3 | DIATRONIC | DT-7B | 1 |  |
| 4 | LASERTRONIC | LT-30 | 1 |  |
| 5 | MAGNETRONIC | MF-10 | 1 |  |
| 6 | SONICATOR | S-715 | 1 |  |
| 7 | BTL-4000 | 4000 | 1 |  |
| 8 | INTERDYNAMIC | ID-4C | 1 |  |
| 9 | LAMPA SOLLUX LS PRZENOŚNA | LS | 1 |  |
| 10 | LAMPA SOLLUX LS STOJĄCA | LS | 1 |  |
| 11 | WIRÓWKA DO KOŃCZYN DOLNYCH | 1116 | 1 |  |
| 12 | WIRÓWKA DO KOŃCZYN GÓRNYCH | 1110 | 1 |  |
| 13 | WANNA Z HYDROMASAŻEM | DIANE | 1 |  |
| 14 | WANNA MOTYLKOWA | SUW 2000K | 1 |  |
| 15 | PRZYRZĄD DO KĄPIELI PEREŁKOWEJ | 301 JRG | 1 |  |
| 16 | BIEŻNIA YORK | T103 | 2 |  |
| 17 | ROWER TRENINGOWY YORK | C102 | 2 |  |
| 18 | STEPER TUNTURI | TRI500 | 1 |  |
| 19 | ATLAS 8 STANOWISKOWY | OLIMP 08 | 1 |  |
| 20 | SYMULATOR WIOSEŁ KETTLER VARIANT |  | 1 |  |
| 21 | ERGOMETR TUNTURI | R740 | 1 |  |
| 22 | ROWER TRENINGOWY TONTURI | E310 | 1 |  |
| 23 | STEPER TUNTURI | 525I | 1 |  |
| 24 | ROWER TRENINGOWY MAGNETICTF |  | 1 |  |
| 25 | STÓŁ DO PIONIZACJI | SP-1 | 1 |  |
| 26 | STÓŁ REHABILITACYJNY ELEKTRYCZNY  | DYMAT | 1 |  |
| 27 | STÓŁ REHABILITACYJNY ELEKTRYCZNY | SEP-1 | 1 |  |
| 28 | STÓŁ REHABILITACYJNY ELEKTRYCZNY |  | 1 |  |
| 29 | WANNA DO MASAŻU WIROWEGO STÓP I PODUDZI  | 1110E | 1 |  |
| 30 | KOMPAKTOWY PODNOŚNIK ELEKTRYCZNY  | HCL-7/E | 1  |  |
| 31 | Łóżko rehabilitacyjne metalowe z podnoszonym zagłówkiem i pod nogi -zasilane elektrycznie z pilotem przewodowym . | ZPO/PŚT/10/05ZPO/15/VIII/08/05ZPO/VIII/08/05 | 3  |  |
|  |  |  | Wartość łączna |  |

**Oferta cenowa**

**POZ.1.**

Wartość ofertowa brutto zamówienia …………………….zł, w tym VAT ………………......%

|  |
| --- |
|  |

**POZ.2.OŚRODEK WSPARCIA UL. GAŁCZYŃSKIEGO 2 BYDGOSZCZ**

**KIEROWNIK OŚRODKA TEL. 666-305-844 kontakt w sprawie terminu przeglądu**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia**  | **Symbol /typ** | **Ilość sztuk** | **Cena/wartość brutto**  |
| 32 | LAMPA SOLLUX | SOLLUX | 1 |  |
| 33 | BIOPTRON COMPAKT III | III | 1 |  |
| 34 | WANNA DO MASAŻU KOŃCZYN DOLNYCH WKS | WKS | 1 |  |
| 35 | APARAT DO KRIOTERAPII CRYOFLOW | 1000/IR | 1 |  |
| 36 | WANNA DO MASAŻU AQUAMEDEN |  | 1 |  |
| 37 | URZĄDZENIE PERLAMED | 9001 CC | 1 |  |
| 38 | APARAT DO TERAPII PRĄDAMI STYMAT | S-300 | 1 |  |
| 39 | ROWER TRENINGOWY |  | 1 |  |
| 40 | BIEŻNIA YORK | T101 | 1 |  |
| 41 | STEPER KETTLER MONTANA |  | 1 |  |
| 42 | SCHODOŁAZ SCALACOMBI S 29 | S 29030452 | 1 |  |
|  |  |  | WARTOŚĆ ŁĄCZNA |  |
| **Oferta cenowa** **POZ.2.**Wartość ofertowa brutto zamówienia …………………….zł, w tym VAT ………………......%**POZ.3.DPS PROMIEŃ ŻYCIA UL. ŁOMŻYŃSKA 54 BYDGOSZCZ** **KIEROWNIK DOMU TEL. 665-996-966 kontakt w sprawie terminu przeglądu**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia**  | **Symbol /typ** | **Ilość sztuk** | **Cena/wartość brutto**  |
| 43 | STÓŁ PIONIZUJĄCY -230V |  | 1 |  |
| 44 | BIOPTRON 230V/ZASILACZ 12V |  | 1 |  |
| 45 | BIOPTRON 230V/ZASILACZ12V |  | 1 |  |
| 46 | LAMPA SOLLUX |  | 1 |  |
| 47 | LAMAPA SOLLUX |  | 1 |  |
| 48 | MAGNETRONIK |  | 1 |  |
| 49 | PULSATRONIK |  | 1 |  |
| 50 | LASER |  | 1 |  |
| 51 | ULTRADZWIĘKI |  | 1 |  |
| 52 | MATA MASUJĄ  |  | 1 |  |
| 53 | INTERDYN |  | 1 |  |
| 54 | TERAPULS |  | 1 |  |
| 55 | ŁÓŻKO REH.230V |  | 1 |  |
| 56 | ŁÓŻKO REH BEZ ZASILANIA |  | 1 |  |
| 57 | ŁÓŻKO REH BEZ ZASILANIA |  | 1 |  |
|  |  |  | WARTOŚĆ ŁĄCZNA |  |

 |
|  |

 **Oferta cenowa**

**POZ.3.**

Wartość ofertowa brutto zamówienia …………………….zł, w tym VAT ………………......%

|  |
| --- |
|  |

**POZ.4.ŚRODOWISKOWY DOM SAMOPOMOCY STOKROTKA UL. MIŃSKA 15A BYDGOSZCZ**

**KIEROWNIK DOMU TEL. 665-996-966 kontakt w sprawie terminu przeglądu**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia** | **Symbol /typ** | **Ilość sztuk** | **Cena/wartość brutto** |
| 58 | BIEŻNIA  |  | 1 |  |
| 59 | ROWER TRENINGOWY |  | 1 |  |
| 60 | ATLAS KETLER –WYCOFANY Z UŻYTKOWANIA |  | 1 |  |
|  |  |  | WARTOŚĆ ŁĄCZNA |  |

**Oferta cenowa**

**POZ.4.**

Wartość ofertowa brutto zamówienia …………………….zł, w tym VAT ………………......%

**POZ.5.ŚRODOWISKOWY DOM SAMOPOMOCY SAMI SWOI UL. SZPITALNA 25 BYDGOSZCZ KIEROWNIK DOMU TEL. 785-122-595 kontakt w sprawie terminu przeglądu**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia** | **Symbol /typ** | **Ilość sztuk** | **Cena/wartość brutto** |
| 61 | BIEŻNIA  |  | 1 |  |
| 62 | ROWER TRENINGOWY |  | 1 |  |
| 63 | ORBITREK |  | 1 |  |
| 64 | ATLAS |  | 1 |  |
|  |  |  | WARTOŚĆ ŁĄCZNA |  |

**Oferta cenowa**

**POZ.5.**

Wartość ofertowa brutto zamówienia …………………….zł, w tym VAT ………………......%

**POZ.6.ŚRODOWISKOWY DOM SAMOPOMOCY WRZOS UL. JANOSIKA 4 BYDGOSZCZ KIEROWNIK DOMU TEL. 795-103-898 kontakt w sprawie terminu przeglądu**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia** | **Symbol /typ** | **Ilość sztuk** | **Cena/wartość brutto** |
| 65 | BIEŻNIA  |  | 1 |  |
| 66 | ORBITREK |  | 1 |  |
| 67 | ROWER TRENINGOWY |  | 1 |  |
|  |  |  | WARTOŚĆ ŁĄCZNA |  |

**Oferta cenowa**

**POZ.6.**

Wartość ofertowa brutto zamówienia …………………….zł, w tym VAT ………………......%

**POZ.7.ŚRODOWISKOWY DOM SAMOPOMOCY BŁAWATEK UL. DUNIKOWSKIEGO 2 BYDGOSZCZ KIEROWNIK DOMU TEL. 600-472-717 kontakt w sprawie terminu przeglądu**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia** | **Symbol /typ** | **Ilość sztuk** | **Cena/wartość brutto** |
| 68 | STEPER  |  | 1 |  |
| 69 | ROWER TRENINGOWY |  | 1 |  |
|  |  |  | WARTOŚĆ ŁĄCZNA |  |

**Oferta cenowa**

**POZ.7.**

Wartość ofertowa brutto zamówienia …………………….zł, w tym VAT ………………......%

**POZ.8.ŚRODOWISKOWY DOM SAMOPOMOCY NIEZAPOMINAJKA UL. OGRODOWA 9 BYDGOSZCZ KIEROWNIK DOMU TEL. 784-091-165 kontakt w sprawie terminu przeglądu**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia** | **Symbol /typ** | **Ilość sztuk** | **Cena/wartość brutto** |
| 70 | STEPER  |  | 2 |  |
| 71 | BIEŻNIA PODŁĄCZONA DO INST ELEKT 230V |  | 1 |  |
| 72 | MASAŻER DO CIAŁA PODŁĄCZONY DO INST ELEKT. 230V |  | 3 |  |
| 73 | ROWER TRENINGOWY |  | 3 |  |
| 74 | ORBITREK |  | 1 |  |
|  |  |  | WARTOŚĆ ŁĄCZNA |  |

**Oferta cenowa**

**POZ.8.**

Wartość ofertowa brutto zamówienia …………………….zł, w tym VAT ………………......%

**POZ.9.ŚRODOWISKOWY DOM SAMOPOMOCY SŁONECZKO UL. GACKOWSKIEGO 1B BYDGOSZCZ KIEROWNIK DOMU TEL. 666-071-824 kontakt w sprawie terminu przeglądu**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia** | **Symbol /typ** | **Ilość sztuk** | **Cena/wartość brutto** |
| 75 | ROWER TRENINGOWY KETTLER PODŁĄCZONY DO INST ELEKT 230V |  | 1 |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | WARTOŚĆ ŁĄCZNA |  |

**Oferta cenowa**

**POZ.9.**

Wartość ofertowa brutto zamówienia …………………….zł, w tym VAT ………………......%

**POZ.10.DPS JESIEŃ ŻYCIA UL. MIŃSKA 15A BYDGOSZCZ KIEROWNIK DOMU TEL. 885-508-710 kontakt w sprawie terminu przeglądu**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia**  | **Symbol /typ** | **Ilość sztuk** | **Cena/wartość brutto**  |
| 76 | APARAT DO TERAPII PRĄDAMI INTERDYNAMIK | ID 8C | 1 |  |
| 77 | APARAT DO KRIOTERAPII | CRYO-T | 1 |  |
| 78 | APARAT DO SONOTERAPI SONOTER PLUS | WERSJA 2.2 | 1 |  |
| 79 | STYMULATOR DIATRONIK | BT-10-B | 1 |  |
| 80 | STYMULATOR PUSOTRONIK | ST-6D | 1 |  |
| 81 | LAMPA SOLUX | LS-S | 1 |  |
| 82 | LAMPA SOLUX | LS-3 | 1 |  |
| 83 | LAMPA DO TERAPII SWIATŁOLECZNICTWEM BIOTRON | BIOTRON 1 | 1 |  |
| 84 | SKANER LASEROWY | CTL2386 | 1 |  |
| 85 | LASER DO FIZYKOTERAPII | CTL 1106 MX | 1 |  |
| 86 | PODNOŚNIK HYDRAULICZNY | AKUM. | 1 |  |
| 87 | URZĄDZENIE DO DRENAŻU LIMFATYCZNEGO LYMPHA PRESS MINI V2 | MODEL 201-E2 | 1 |  |
| 88 | APARAT MAGNETRONIK | MF-12 | 1 |  |
| 89 | WÓZEK PODNOŚNIK TRANSPORTOWY AKS  | AKUM. 2X12V | 1 |  |
| 90 | WOŻEK PODNOŚNIK TRANSPORTOWY AKS | AKUM. 2X 12V | 1 |  |
|  |  |  | Wartość łączna |  |
|  |  |  |  |

**Oferta cenowa**

**POZ.10.**

Wartość ofertowa brutto zamówienia …………………….zł, w tym VAT ………………......%

…..………………………….…….. …………..………………………………

 data sporządzenia oferty Podpis i pieczątka osoby

upoważnionej do składania ofert