

 **Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach**
 ul. Karmelicka 5, 34-100 Wadowice

 www.zzozwadowice.pl, email: sekretariat@zzozwadowice.pl

***Załącznik nr 2***

**Formularz Ofertowy (wzór)**

**Modyfikacja z dnia 02.08.2022**

Nazwa oraz siedziba Dostawcy:......................................................................................................................................

TELEFON: ...................................................................; FAX: ...........................................................................................

REGON: ......................................................................., NIP: ............................................................................................

INTERNET: http: .........................................................; e-mail: .......................................................................................

Osoba odpowiedzialna za realizację umowy:………………………..…………………………………………………………………………….

 *(imię nazwisko, tel. kontaktowy)*

Osoba upoważniona do zawarcia umowy:……………………………………………………………………………..…………………….……..

 *(imię nazwisko, stanowisko)*

**OFERTA CENOWA (w PLN) znak: ZP.26.2.36.2022**

1. Wartość oferty netto …………………………..zł, brutto ……………………. zł (słownie brutto:……………………)
2. **Termin realizacji zamówienia: ………………….…** (**max 4 tygodnie**) od dnia zawarcia umowy.
3. Okres gwarancji: …......… (**min. 24**) miesięcy od podpisania protokołu odbiorczego na warunkach nie gorszych niż
w Kodeksie Cywilnym.
4. Termin płatności: 60 dni od daty dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury VAT do siedziby Zamawiającego
w formie przelewu.
5. Oświadczam/y, że przeszkolimy personel w zakresie właściwej obsługi wyposażenia -*jeśli dotyczy.*
6. Oświadczam/ y, że zapoznałem/ liśmy się z warunkami określonymi w niniejszym zaproszeniu przyjmuję/ emy je bez zastrzeżeń.
7. Oświadczam/ y, że w przypadku uznania mojej/ naszej oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję/emy się do realizacji zamówienia na warunkach zawartych w zaproszeniu wraz z załączonym projektem umowy.
8. Oświadczam/y, że oferowana wartość oferty jest ceną ostateczną do zapłaty z uwzględnieniem wszelkich rabatów oraz kosztów.
9. Wymienione niżej dokumenty stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa i nie mogą być udostępniane osobom trzecim:
	1. …………………………………………………..
10. Części realizacji zamówienia jakie powierzam/y podwykonawcy:
	1. . …………………………………………………..
	2. . …………………………………………………..
11. Oświadczam/y, że nie przewiduję/emy powierzenia podwykonawcom realizacji części zamówienia\*.
12. Oświadczam/y, że podlegam/y**/**nie podlegam/y\* wykluczeniu z Zaproszenia 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.

12. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym zaproszeniu. (W przypadku, gdy Dostawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia Dostawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego przekreślenie/wykreślenie).”

13. Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia parametry:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| WYMAGANIA OGÓLNE |
| 1. | Nazwa oferowanego urządzenia: Producent: Typ:Rok produkcji: **2022** | TAK |  |
| 2. | Konstrukcja wykonana z kształtowników stalowych pokrytych lakierem proszkowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV | TAK |  |
| 3. | Szerokość całkowita: 850 mm (± 30 mm)Długość całkowita: 2170 mm (± 30 mm) | TAK PODAĆ |  |
| 4. | Wysokość regulowana nożnie za pomocą pompy hydraulicznej w zakresie: 450 - 800 mm (±30 mm), regulacja odbywa się za pomocą 2 pedałów umieszczonych z boku wózka. | TAK PODAĆ |  |
| 5. | Pozycja Trendelenburga uzyskiwana za pomocą sprężyny gazowej z blokadą: 00 - 120 (± 20) – regulacja płynna | TAK PODAĆ |  |
| 6. | Pozycja anty-Trendelenburga uzyskiwana za pomocą sprężyny gazowej z blokadą w zakresie: 00 - 120 (± 20) – regulacja płynna | TAK PODAĆ |  |
| 7. | Leże dwusegmentowe, wypełnione płytą tworzywową HPL przezierną dla promieni RTG | TAK PODAĆ |  |
| 8. | Pod leżem prowadnica na kasetę RTG umożliwiająca jej przesunięcie w celu wykonania zdjęcia | TAK  |  |
| 9. | Na szczytach wózka uchwyty chromowane z tworzywowymi wstawkami ułatwiające łatwe prowadzenie oraz manewrowanie wózkiem. Uchwyty z możliwością blokady podczas transportu.  | TAK PODAĆ |  |
| 10. | Wózek wyposażony w min. 2 listwy po bokach wózkach, wyposażone w przesuwne uchwyty do mocowania akcesoriów. | TAK |  |
| 11. | Ruchomy segment oparcia pleców regulowany za pomocą sprężyny gazowej z blokadą w zakresie: 0-70° (± 3°) - regulacja płynna | TAK PODAĆ |  |
| 12. | Wózek wyposażony w 4 krążki odbojowe.W części wezgłowia krążki dwuosiowe. | TAK  |  |
| 13. | Barierki boczne zabezpieczające w ¾ długości leża składające się z 3 poziomych poprzeczek o wysokości min. 350 mm powyżej leża. Barierki boczne lakierowane z tworzywowymi elementami w tym dolna poprzeczka dodatkowo wyposażona w listę odbojową na całej długości.  | Tak |  |
| 14. | Barierki boczne opuszczane za pomocą jednego przycisku charakterystycznie oznaczonego kolorem czerwonym. | TAK |  |
| 15. | Możliwość montażu wieszaka kroplówki w czterech narożnikach leża | TAK |  |
| 16. | Wyposażenie wózka: * wieszak kroplówki wyposażony w 4 haczyki,
* materac z pianki w pokrowcu zmywalnym, grubość materaca min. 8 cm.
* Tworzywowa taca do podawania posiłków
 | TAK |  |
| 17. | Wózek posiadający możliwość zamocowania materaca na wózku w sposób uniemożliwiający samoczynne przesuwanie | TAK |  |
| 18. | Podstawa wózka osłonięta obudową wykonanaz tworzywa ABS z wyprofilowanym miejscem na min. 2-litrową butlę z gazem z zabezpieczającym paskiem z zapięciem na rzepy oraz wyprofilowanym miejscem na osobiste rzeczy pacjenta. Osłona podwozia łatwo demontowana bez użycia narzędzi w celu łatwej dezynfekcji.  | TAK PODAĆ |  |
| 19. | Koła min 150mm. Blokada centralna kół. | TAK |  |
| 20. | Bezpieczne obciążenie robocze wózka min. 200 kg  | TAK |  |
| 21. | * WPIS lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych,

Wózek zgodny z normą PN EN 60601-2-52 | TAK |  |
| 22. | * Gwarancja min. 24 miesięcy
 | TAK PODAĆ |  |
| 23. | Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat | TAK PODAĆ |  |
| 24. | Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat | TAK PODAĆ |  |
| 25. | Czas reakcji serwisu max. 72 godz. | TAK |  |

.......................................... , ......................................................................... ,

 *(miejscowość, data) (podpis osoby uprawnionej*

 *do reprezentowania Dostawcy)*

*\*niepotrzebne skreślić*