**Załącznik nr 1 do SWZ**

…………………………….

(Wykonawca/Wykonawcy)

**SPZOZ Powiatowe Pogotowie**

**Ratunkowe w Świdnicy**

**ul. Leśna 31**

**58-100 Świdnica**

Nazwa i adres Wykonawcy .......................................................................................................

*NIP/ REGON/ KRS/ CEiDG)*…………………….………

województwo.....................................................

tel./fax ...............................................................

e-mail................................................................

**reprezentowany przez**: Imię i nazwisko: ………………………………………………….… .

Stanowisko/Działający jako: ………………………………………………………………...… .

Właściwym dla Wykonawcy Urzędem Skarbowym jest US w …………………………….. .

(miejscowość)

Wykonawca jest Mikro Małym Średnim Dużym przedsiębiorstwem

**Zaznaczyć właściwe \*** **⬜ ⬜ ⬜ ⬜**

\* **Mikroprzedsiębiorstwo** uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych: 1.) zatrudniał średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz 2.) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 2 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 2 milionów euro**.**

**Małe przedsiębiorstwo**: to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 mln. €

**Średnie przedsiębiorstwo**: to przedsiębiorstwo, które nie jest mikroprzedsiębiorstwem ani małym przedsiębiorstwem i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 mln. €

**O F E R T A**

W odpowiedzi na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym **na dostawę 3 sztuk ambulansów   
z wyposażeniem dla potrzeb Powiatowego Pogotowia Ratunkowego w Świdnicy z podziałem na zadania**, składam niniejszą ofertę:

1. Za wykonanie przedmiotu umowy proponuję wynagrodzenie ryczałtowe w wysokości:

**1.1.** **Zadanie nr 1: Dostawa 1 sztuki ambulansu typu B o dmc poniżej 3,5 t z wyposażeniem.**

- cena netto .................................... zł

- słownie .......................................................................................................................

**- cena brutto .................................... zł**

**- słownie:** ......................................................................................................................

Cena powyższa obejmuje pełny zakres przedmiotu zamówienia ujęty w tabeli poniżej.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Nazwa produktu** | **j.m.** | **ilość** | **Producent/model** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto RAZEM** | **Stawka**  **VAT**  **(wartość)** | **Wartość brutto**  **RAZEM** |
| 1. | Ambulans typu B o dmc  poniżej 3,5 t | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| 2. | Defibrylator transportowy | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| 3. | Respirator transportowy | szt | 1 |  |  |  |  |  |
| 4. | Krzesełko kardiologiczne | szt | 2 |  |  |  |  |  |
| 5. | Nosze transportowe | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| 6. | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| 7. | Ssak akumulatorowy-przenośny | szt. | 2 |  |  |  |  |  |
| 8. | Deska ortopedyczna | szt. | 2 |  |  |  |  |  |
| **Razem :** | | | | |  |  |  |  |

**1.2.** **Zadanie nr 2: Dostawa 1 sztuki ambulansu typu C o dmc powyżej 3,5 t z wyposażeniem.**

- cena netto .................................... zł

- słownie .......................................................................................................................

**- cena brutto .................................... zł**

**- słownie:** ......................................................................................................................

Cena powyższa obejmuje pełny zakres przedmiotu zamówienia ujęty w tabeli poniżej.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Nazwa produktu** | **j.m.** | **ilość** | **Producent/model** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto RAZEM** | **Stawka**  **VAT**  **(wartość)** | **Wartość brutto**  **RAZEM** |
| 1. | Ambulans typu C  powyżej 3,5 t | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| 2. | Respirator transportowy | szt | 1 |  |  |  |  |  |
| 3. | Nosze transportowe | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| **Razem :** | | | | |  |  |  |  |

**1.3. Zadanie nr 3: Dostawa 1 sztuki ambulansu typu B o dmc poniżej 3,5 t z wyposażeniem.**

- cena netto .................................... zł

- słownie .......................................................................................................................

**- cena brutto .................................... zł**

**- słownie:** ......................................................................................................................

Cena powyższa obejmuje pełny zakres przedmiotu zamówienia ujęty w tabeli poniżej.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Nazwa produktu** | **j.m.** | **ilość** | **Producent/model** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto RAZEM** | **Stawka**  **VAT**  **(wartość)** | **Wartość brutto**  **RAZEM** |
| 1. | Ambulans typu B o dmc poniżej 3,5 t | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| 2. | Nosze transportowe | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| 3. | Defibrylator transportowy | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| 4. | Ssak akumulatorowy-przenośny | szt. | 2 |  |  |  |  |  |
| 5. | Deska ortopedyczna | szt. | 2 |  |  |  |  |  |
| 6. | Respirator transportowy | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| 7. | Krzesełko kardiologiczne | szt. | 2 |  |  |  |  |  |
| 8. | Pompa infuzyjna | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| **Razem :** | | | | |  |  |  |  |

1. Oferujemy następujące parametry techniczne które są punktowane

Dla zadania nr 1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Parametry punktowane** | **Punktacja** | **TAK**  **/NIE\*** | **Parametr oferowany\*** |
| **Ambulans typu B** | | | |
| Moc silnika powyżej 125 KW | Tak – 20 pkt.  Nie – 0 pkt |  |  |
| Asystent martwego punktu pomagający unikać wypadków (rozpoznaje pojazdy w martwym punkcie i ostrzega kierowcę sygnałami wizualnymi i dźwiękowymi) | Tak - 5 pkt.  Nie - 0 pkt |  |  |
| Elektrycznie domykane drzwi przesuwne prawe i lewe (system ma być wyposażeniem fabrycznym pojazdu bazowego) | Tak - 5 pkt.  Nie - 0 pkt |  |  |
| System przesuwu fotela przód tył u wezgłowia noszy.  Przesów umożliwiający ustawienie fotela w pozycji ułatwiającej przechodzenie z kabiny kierowcy do przedziału medycznego oraz zajęcie prawidłowej pozycji przy głowie pacjenta leżącego na noszach . | TAK - 5 pkt.  NIE – 0 pkt |  |  |
| Otwierany szyberdach z roletą i moskitierą | Tak - 5 pkt.  Nie - 0 pkt |  |  |
| **Razem :** | **………. pkt** | | |

Dla zadania nr 2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Parametry punktowane** | **Punktacja** | **TAK**  **/NIE\*** | **Parametr oferowany\*** |
| **Ambulans typu C** | | | |
| Moc silnika powyżej 125 KW | Tak – 20 pkt.  Nie – 0 pkt |  |  |
| Asystent martwego punktu pomagający unikać wypadków (rozpoznaje pojazdy w martwym punkcie i ostrzega kierowcę sygnałami wizualnymi i dźwiękowymi) | Tak - 5 pkt.  Nie - 0 pkt |  |  |
| Elektrycznie domykane drzwi przesuwne prawe i lewe (system ma być wyposażeniem fabrycznym pojazdu bazowego) | Tak - 5 pkt.  Nie - 0 pkt |  |  |
| System przesuwu fotela przód tył u wezgłowia noszy.  Przesów umożliwiający ustawienie fotela w pozycji ułatwiającej przechodzenie z kabiny kierowcy do przedziału medycznego oraz zajęcie prawidłowej pozycji przy głowie pacjenta leżącego na noszach . | TAK - 5 pkt.  NIE – 0 pkt |  |  |
| Otwierany szyberdach z roletą i moskitierą | Tak - 5 pkt.  Nie - 0 pkt |  |  |
| **Razem :** | **………. pkt** | | |

Dla zadania nr 3

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Parametry punktowane** | **Punktacja** | **TAK**  **/NIE\*** | **Parametr oferowany\*** |
| **Ambulans typu B** | | | |
| Moc silnika powyżej 125 KW | Tak – 20 pkt.  Nie – 0 pkt |  |  |
| Asystent martwego punktu pomagający unikać wypadków (rozpoznaje pojazdy w martwym punkcie i ostrzega kierowcę sygnałami wizualnymi i dźwiękowymi) | Tak - 5 pkt.  Nie - 0 pkt |  |  |
| Elektrycznie domykane drzwi przesuwne prawe i lewe (system ma być wyposażeniem fabrycznym pojazdu bazowego) | Tak - 5 pkt.  Nie - 0 pkt |  |  |
| System przesuwu fotela przód tył u wezgłowia noszy.  Przesów umożliwiający ustawienie fotela w pozycji ułatwiającej przechodzenie z kabiny kierowcy do przedziału medycznego oraz zajęcie prawidłowej pozycji przy głowie pacjenta leżącego na noszach . | TAK - 5 pkt.  NIE – 0 pkt |  |  |
| Otwierany szyberdach z roletą i moskitierą | Tak - 5 pkt.  Nie - 0 pkt |  |  |
| **Razem :** | **………. pkt** | | |

1. Wynagrodzenie ryczałtowe obejmuje pełny zakres przedmiotu zamówienia jak również wszystkie inne koszty, które są związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia.
2. Zamówienie zobowiązuję się zrealizować **do dnia - 31.12.2022 r**
3. Na oferowane pojazdy - ambulanse udzielamy:

dla zadania nr 1 …..... miesięcy gwarancji bez limitu kilometrów; \*

dla zadania nr 2 …..... miesięcy gwarancji bez limitu kilometrów; \*

dla zadania nr 3 …..... miesięcy gwarancji bez limitu kilometrów; \*

uszczegółowiony zakres gwarancji dla poszczególnych zadań znajduje się w załącznikach do projektu umowy.

1. Płatność za wykonaną robotę dokonana będzie na nasz rachunek bankowy w ciągu 30 dni od dnia otrzymania faktury przez Zamawiającego.
2. Zamówienie zamierzamy wykonać sami\*.
3. Następujące części zamówienia zamierzamy zlecić podwykonawcom\*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa Podwykonawcy** | **Zakres rzeczowy zamówienia, który zostanie powierzony podwykonawcy** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Wadium dla zadania/ń nr .............. o wartości,………….-zł wnieśliśmy w dniu .......... 2022 r.,   
   w formie ……………………………………………….................................................…….. .
2. Zobowiązujemy siędo:

- dostarczenia wraz z wyposażonym ambulansem medycznym niezbędnych dokumentów takich jak: atesty, certyfikaty, paszporty, deklaracje zgodności i homologacje jeśli zgodnie z powszechnie obowiązującym prawem są one wymagane. (dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia – zadania),

- przeszkolenia upoważnionych pracowników Zamawiającego w zakresie obsługi ambulansu i jego wyposażenia medycznego.

1. Oświadczamy, że:

a) Zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia i nie wnosimy do niej żadnych zastrzeżeń.

1. Uzyskaliśmy wszelkie niezbędne informacje do przygotowania oferty.
2. Pozostajemy związani złożoną ofertą przez 90 dni liczone wraz z upływem terminu składania ofert, do dnia ………...2022r.
3. Zapoznaliśmy się z treścią projektu umowy i nie wnosimy do niego zastrzeżeń.
4. W przypadku wyboru mojej oferty jako najkorzystniejszej, zobowiązuję się do podpisania umowy zgodnie ze złożoną ofertą, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. wypełniliśmy/łem 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 postępowaniu.
6. nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.
7. nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 5k ust. 1 Rozporządzenia Rady (UE) 2022/576 z dnia 8 kwietnia 2022 r. w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie.
8. w stosunku do podwykonawców oraz podmiotu/tów, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia na podstawie art. 5k ust. 1 Rozporządzenia Rady (UE) 2022/576 z dnia 8 kwietnia 2022 r. w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie
9. Załącznikami do niniejszej oferty są następujące dokumenty:
10. Dowód wniesienia wadium - załącznik nr .......
11. Oświadczenie wg zał. nr 2 do SWZ - JEDZ załącznik nr …...
12. Załącznik do proj. umowy – formularz rzeczowo-cenowy dla zad 1 załącznik nr .......
13. Załącznik do proj. umowy – formularz rzeczowo-cenowy dla zad 2 załącznik nr .......
14. Załącznik do proj. umowy – formularz rzeczowo-cenowy dla zad 3 załącznik nr .......
15. …...................................................\*\* załącznik nr .......
16. …...................................................\*\* załącznik nr .......
17. …...................................................\*\* załącznik nr .......
18. Numer konta bankowego Wykonawcy (w przypadku wniesienia wadium   
    w pieniądzu) ..................................................................................................................

……………..……… ………………….. r.

(miejscowość) data ELEKTRONICZNY PODPIS WYKONAWCY lub

osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli

w imieniu Wykonawcy, w postaci:

- kwalifikowanego podpisu elektronicznego,

Uwaga:

\* niepotrzebne skreślić

\*\* wpisać inne załączniki, stosownie do potrzeb wynikających z SWZ

**Zamawiający informuje, że przepisy ustawy PZP są przepisami szczególnymi w stosunku do ustawy o ochronie danych osobowych, co skutkuje brakiem obowiązku uzyskiwania zgody na przetwarzanie danych osobowych wykonawców biorących udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego. Zamawiający jest zatem uprawniony do przetwarzania danych, w tym danych osobowych, ze względu na wypełnianie w ten sposób obowiązku wynikającego z przepisu prawa w tym m.in. z art. 18 i 19 ustawy z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1129 z późn. zm.).**