**Nr sprawy: ZP/90/2021**

**Modyfikacja z dnia 23.10.2021**

**Załącznik nr 1 do SWZ - Formularz oferty**

|  |
| --- |
| **Uniwersytet Medyczny w Łodzi****Al. Kościuszki 4, 90-419 Łódź****OFERTA**w postępowaniu o udzieleni zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym na podstawie art. 275 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo Zamówień Publicznych na: **Dostawa sprzętu na potrzeby realizacji projektu „Operacja Integracja” zadania „Trauma Room” w Centrum Symulacji Medycznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi****Pakiet nr ……………………………………**  **(należy wpisać nr pakietu)** |
| 1. **Dane Wykonawcy:**

Wykonawca/Wykonawcy ………………………………………………………………………………………………………………………………Adres: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………REGON: ……………………………..………………… NIP …………………………………………………………Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym: ……………………………………………………………………………….Nr telefonu: …………………………………………. e-mail ……………………………………………………………… Osoba upoważniona do reprezentacji Wykonawcy/ów i podpisująca ofertę:……………………………………………………………………………………………………………………………………………Oświadczam, że jestem **(niepotrzebne skreślić)**:• mikroprzedsiębiorstwem,• małym przedsiębiorstwem,• średnim przedsiębiorstwem,• jednoosobową działalnością gospodarczą,• osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej,• innym rodzajem |
| **Oferujemy wykonanie zamówienia wg kryteriów:****PAKIET I:****Kryterium nr 1: cena ~~(waga 60%): (~~waga 100%)****Łączna cena netto: ....................... zł, stawka VAT: ………… %** **Łączna cena brutto:...................... zł z VAT** **(słownie zł brutto:.......................................................................................)****W tym:****w tym**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr poz** | **Nazwa** | **Nazwa producenta** | **Cena jednostkowa netto (zł)** | **VAT (%)** | **Cena jednostkowa brutto** **(zł)** | **Liczba (szt.)** | **Wartość netto****(zł)** | **Wartość brutto (zł)** |
| 1. | Igła do odbarczania odmyopłucnowej |  |  |  |  | 200 szt. |  |  |
| 2. | Opatrunek wentylowy  |  |  |  |  | 200 szt. |  |  |
| 3. | Koc izotermiczny |  |  |  |  | 10 szt. |  |  |
| 4. | Staza taktyczna CAT treningowa  |  |  |  |  | 4 szt. |  |  |
| 5. | Staza taktyczna CAT treningowa  |  |  |  |  | 50 szt. |  |  |
| 6. | Staza taktyczna SOFTT |  |  |  |  | 100 szt. |  |  |

**~~Kryterium nr 2: Skrócenie terminu dostawy (waga 40%):~~** **~~Zaznaczyć odpowiedni okres~~**

|  |  |
| --- | --- |
| ~~Brak skrócenia terminu, dostawa do~~ **~~4 tygodni~~** |  |
| ~~Skrócenie terminu dostawy do~~ **~~3 tygodni~~**~~:~~ |  |
| ~~Skrócenie terminu dostawy do~~ **~~2 tygodni~~**~~:~~ |  |

***~~- Właściwe zaznaczyć znakiem „X”~~******~~Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego zaznaczenia Zamawiający uzna, że Wykonawca oferuje realizację dostawy w terminie 4 tygodni.~~*** |
| **PAKIET II****:** **Kryterium nr 1: cena ~~(waga 60%): (~~waga 100%)****Łączna cena netto: ....................... zł, stawka VAT: ………… %** **Łączna cena brutto:........................ zł z VAT** **(słownie zł brutto:.......................................................................................)****W tym:****w tym:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr poz** | **Nazwa** | **Nazwa producenta** | **Cena jednostkowa netto (zł)** | **VAT (%)** | **Cena jednostkowa brutto** **(zł)** | **Liczba (szt.)** | **Wartość netto** **(zł)** | **Wartość brutto (zł)** |
| 1. | Zestaw do wkłuć do szpiku treningowy – trzon mostka |  |  |  |  | 10 szt. |  |  |
| 2. | Zestaw do wkłuć do szpiku treningowy – kość ramienna lub piszczelowa |  |  |  |  | 10 szt. |  |  |

**~~Kryterium nr 2: Skrócenie terminu dostawy (waga 40%):~~** **~~Zaznaczyć odpowiedni okres~~**

|  |  |
| --- | --- |
| ~~Brak skrócenia terminu, dostawa do~~ **~~4 tygodni~~** |  |
| ~~Skrócenie terminu dostawy do~~ **~~3 tygodni~~**~~:~~ |  |
| ~~Skrócenie terminu dostawy do~~ **~~2 tygodni~~**~~:~~ |  |

***~~- Właściwe zaznaczyć znakiem „X”~~******~~Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego zaznaczenia Zamawiający uzna, że Wykonawca oferuje realizację dostawy w terminie 4 tygodni.~~*****PAKIET III:** **Kryterium nr 1: cena ~~(waga 60%): (~~waga 100%)****Łączna cena netto: ....................... zł, stawka VAT: ………… %** **Łączna cena brutto:........................ zł z VAT** **(słownie zł brutto:.......................................................................................)****W tym:****w tym:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr poz** | **Nazwa** | **Nazwa producenta** | **Cena jednostkowa netto (zł)** | **VAT (%)** | **Cena jednostkowa brutto (zł)** | **Liczba (szt.)** | **Wartość netto (zł)** | **Wartość brutto (zł)** |
| 1. | Bandaż izraelski 6” |  |  |  |  | 200 szt. |  |  |
| 2. | Opatrunek hemostatyczny (gaza) |  |  |  |  | 200 szt. |  |  |
| 3. | IPMed (Indywidualny pakiet medyczny) |  |  |  |  | 12 szt. |  |  |
| 4. | Koc wojskowy |  |  |  |  | 60 szt. |  |  |
| 5. | Opatrunek indywidualny |  |  |  |  | 200 szt. |  |  |

**~~Kryterium nr 2: Skrócenie terminu dostawy (waga 40 %):~~** **~~Zaznaczyć odpowiedni okres~~**

|  |  |
| --- | --- |
| ~~Brak skrócenia terminu, dostawa do~~ **~~4 tygodni~~** |  |
| ~~Skrócenie terminu dostawy do~~ **~~3 tygodni~~**~~:~~ |  |
| ~~Skrócenie terminu dostawy do~~ **~~2 tygodni~~**~~:~~ |  |

***~~- Właściwe zaznaczyć znakiem „X”~~******~~Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego zaznaczenia Zamawiający uzna, że Wykonawca oferuje realizację dostawy w terminie 4 tygodni.~~*****PAKIET IV:** **Kryterium nr 1: cena ~~(waga 60%): (~~waga 100%)****Łączna cena netto: ....................... zł, stawka VAT: ………… %** **Łączna cena brutto:........................ zł z VAT** **(słownie zł brutto:.......................................................................................)****W tym:****w tym:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr poz** | **Nazwa** | **Nazwa producenta** | **Cena jednostkowa netto** **(zł)** | **VAT (%)** | **Cena jednostkowa brutto (zł)** | **Liczba (szt.)** | **Wartość netto** **(zł)** | **Wartość brutto (zł)** |
| 1. | Elektrody EKG (opakowanie) |  |  |  |  | 40 szt. |  |  |
| 2. | Kaniula dożylna G22 0,9 x 25 mm (opakowanie) |  |  |  |  | 200 szt. |  |  |
| 3. | Okleina do kaniuli dożylnej 6x8 cm (opakowanie) |  |  |  |  | 200 szt. |  |  |
| 4. | Kompresy rozm. 7.5x7.5 cm (opakowanie) |  |  |  |  | 200 szt. |  |  |
| 5. | Opatrunek hydrożelowy |  |  |  |  | 100 szt. |  |  |
| 6. | Folia życia |  |  |  |  | 100 szt. |  |  |

**~~Kryterium nr 2: Skrócenie terminu dostawy (waga 40 %):~~** **~~Zaznaczyć odpowiedni okres~~**

|  |  |
| --- | --- |
| ~~Brak skrócenia terminu, dostawa do~~ **~~4 tygodni~~** |  |
| ~~Skrócenie terminu dostawy do~~ **~~3 tygodni~~**~~:~~ |  |
| ~~Skrócenie terminu dostawy do~~ **~~2 tygodni~~**~~:~~ |  |

***~~- Właściwe zaznaczyć znakiem „X”~~******~~Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego zaznaczenia Zamawiający uzna, że Wykonawca oferuje realizację dostawy w terminie 4 tygodni.~~*****PAKIET V:** **Kryterium nr 1: cena ~~(waga 60%): (~~waga 100%)****Łączna cena netto: ....................... zł, stawka VAT: ………… %** **Łączna cena brutto:........................ zł z VAT** **(słownie zł brutto:.......................................................................................)****W tym:****w tym:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr poz** | **Nazwa** | **Nazwa producenta** | **Cena jednostkowa netto (zł)** | **VAT (%)** | **Cena jednostkowa brutto** **(zł)** | **Liczba (szt.)** | **Wartość netto** **(zł)** | **Wartość brutto** **(zł)** |
| 1. | Worek samorozprężalny |  |  |  |  | 1 szt. |  |  |
| 2. | Rurka krtaniowa z portem |  |  |  |  | 100 szt. |  |  |
| 3. | Maska krtaniowa żelowa |  |  |  |  | 100 szt. |  |  |
| 4. | Rurka nosowo-gardłowa |  |  |  |  | 200 szt. |  |  |

**~~Kryterium nr 2: Skrócenie terminu dostawy (waga 40%):~~** **~~Zaznaczyć odpowiedni okres~~**

|  |  |
| --- | --- |
| ~~Brak skrócenia terminu, dostawa do~~ **~~4 tygodni~~** |  |
| ~~Skrócenie terminu dostawy do~~ **~~3 tygodni~~**~~:~~ |  |
| ~~Skrócenie terminu dostawy do~~ **~~2 tygodni~~**~~:~~ |  |

***~~- Właściwe zaznaczyć znakiem „X”~~******~~Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego zaznaczenia Zamawiający uzna, że Wykonawca oferuje realizację dostawy w terminie 4 tygodni.~~*** |
| **Oświadczenia:**1. Zamówienie zostanie zrealizowane w terminach określonych w SWZ oraz we wzorze umowy;
2. W cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia;
3. Zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia wraz z załącznikami i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte;
4. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres wskazany w SWZ;
5. Akceptujemy, iż zapłata za zrealizowanie zamówienia nastąpi na zasadach opisanych we wzorze umowy, w *terminie do 30* dni od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury;
6. Oświadczamy, że wzór umowy, stanowiący załącznik nr 3 do SWZ, został przez nas zaakceptowany w całości i bez zastrzeżeń i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na zaproponowanych warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
7. Podwykonawcom zamierzam powierzyć poniżej wymienione części zamówienia:

*(wypełnić o ile są znani na tym etapie)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj części zamówienia | Nazwa i adres podwykonawcy |
|  |  |  |
|  |  |  |

 |
| * 1. **Zobowiązania w przypadku przyznania zamówienia:**
1. Zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;
2. Osobą upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym w sprawach dotyczących realizacji umowy

jest...........................................................................................................e-mail: ………...……........………….…………………..…….tel: ....................................………………………….. |
| * 1. **Spis treści:**

Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:1. ..................................................................................................................
2. ..................................................................................................................
3. ..................................................................................................................
 |

**Kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany albo podpis osobisty Wykonawcy.**