**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTY**

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

*pieczęć oferenta*

e-mail: ………………………….

skrzynka ePUAP: ……………..

REGON:......................................

NIP: ............................................

CEIDG/KRS:………………….

**Oferta**

**Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wyszkowie,**

**ul. Komisji Edukacji Narodowej 1**

**07 – 200 Wyszków**

Przystępując do udziału w postępowaniu w przetargu nieograniczonym w przedmiocie:

**Dostawa sprzętu medycznego do SPZZOZ w Wyszkowie i NZOZ POZ w Rząśniku**

**nr procedury: DEZ/Z/341/ZP- 35/2018**

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami SIWZ szczegółowo opisanego w załączniku nr 2- opis przedmiotu zamówienia:
2. **pakiet nr 1:** sprzęt medyczny dla potrzeb **Poradni Okulistycznej** i **Pracowni Endoskopii** za łączną kwotę brutto ................ ……… zł słownie: .............................................. .......................................................... zł; VAT….. % tj…………. netto ……………………

* oferujemy dla sprzętu wymienionego w pakiecie nr 1 **okres gwarancji** …………… miesięcy, zgodnie z pkt. XIV SIWZ,

W skład **pakietu nr 1** wchodzi następujący sprzęt medyczny**:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa sprzętu** | **Ilość szt.** |
| **1.** | Autorefraktometr dla dzieci | 1 |
| **2.** | USG okulistyczne | 1 |
| **3.** | Kaseta okularowa | 1 |
| **4.** | Kolonoskop | 2 |
| **5.** | Gastroskop | 2 |
| **6.** | Monitor do toru wizyjnego | 1 |
| **7.** | Procesor | 1 |
| **8.** | Łóżko zabiegowe z wagą | 1 |

1. **pakiet nr 2:** sprzęt medyczny dla potrzeb **Poradni Otolaryngologicznej** za łączną kwotę brutto ................................ zł słownie: ................................................................................................. zł; VAT….. % tj…………. netto ……………………

* oferujemy dla sprzętu wymienionego w pakiecie nr 2 **okres gwarancji** …………… miesięcy, zgodnie z pkt. XIV SIWZ.

W skład **pakietu nr 2** wchodzi następujący sprzęt medyczny**:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa sprzętu** | **Ilość szt.** |
| **1.** | Zestaw diagnostyczny ścienny | 1 |
| **2.** | Fotel laryngologiczny | 1 |
| **3.** | Mikroskop laryngologiczny | 1 |

1. **pakiet nr 3:** sprzęt medyczny dla potrzeb **Poradni Ortopedycznej** za łączną kwotę brutto ................................zł słownie: .................................................................................................... zł; VAT….. % tj…………. netto ……………………

* oferujemy dla sprzętu wymienionego w pakiecie nr 3 **okres gwarancji** …………… miesięcy, zgodnie z pkt. XIV SIWZ.

W skład **pakietu nr 3** wchodzi następujący sprzęt medyczny**:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa sprzętu** | **Ilość szt.** |
| **1.** | Rtg przenośne | 1 |

1. **pakiet nr 4:** sprzęt medyczny dla potrzeb **Poradni Chirurgicznej, Poradni Ginekologiczno- Położniczej, Poradni Reumatologicznej, Poradni Zdrowia Psychicznego**  za łączną kwotę brutto ............................ zł słownie: ............................................................................................... zł; VAT….. % tj…………. netto ……………………

* oferujemy dla sprzętu wymienionego w pakiecie nr 4 **okres gwarancji** …………… miesięcy, zgodnie z pkt. XIV SIWZ.

W skład **pakietu nr 4** wchodzi następujący sprzęt medyczny**:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa sprzętu** | **Ilość szt.** |
| **1.** | Laser do usuwania znamion | 1 |
| **2.** | Rektoskop | 1 |
| **3.** | Diatermia | 1 |
| **4.** | Piła do zdejmowania gipsu | 1 |
| **5.** | Wiertarka | 1 |
| **6.** | Lampa zabiegowa | 1 |
| **7.** | USG | 1 |
| **8.** | Aparat do krioagulacji | 1 |
| **9.** | KTG z przystawką do ciąży bliźniaczej i z dwiema analizami | 1 |
| **10.** | USG | 1 |
| **11.** | Fotel ginekologiczny z wyposażeniem i z leżanką | 1 |
| **12.** | Detektor tętna płodu | 1 |
| **13.** | Densytometr | 1 |
| **14.** | Aparat EEG | 1 |

1. **pakiet nr 5:** sprzęt medyczny dla potrzeb **NPL**, **Poradni Kardiologicznej, Poradni Pulmonologicznej, Poradni Diabetologicznej, Poradni Neonatologicznej, POZ** za łączną kwotę brutto ................................zł słownie: ............................................................................................. ........................................................................................................... zł; VAT….. % tj…………. netto ……………………

* oferujemy dla sprzętu wymienionego w pakiecie nr 5 **okres gwarancji** …………… miesięcy, zgodnie z pkt. XIV SIWZ.

W skład **pakietu nr 5** wchodzi następujący sprzęt medyczny**:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa sprzętu** | **Ilość szt.** |
| **1.** | Aparat EKG | 1 |
| **2.** | Waga medyczna | 2 |
| **3.** | Rejestrator EKG | 2 |
| **4.** | Rejestrator RR | 4 |
| **5.** | EKG | 1 |
| **6.** | Spirometr | 1 |
| **7.** | Ssak elektryczny | 1 |
| **8.** | Aparat EKG z podłączeniem | 1 |
| **9.** | Promiennik podczerwieni (ogrzewacz stanowiska noworodka) | 1 |
| **10.** | Waga niemowlęca | 1 |
| **11.** | Pulsoksymetr | 1 |
| **12.** | Elektrokardiograf | 1 |
| **13.** | Zestaw diagnostyczny ścienny | 1 |
| **14.** | Lampa bezcieniowa | 1 |

1. **pakiet nr 6:** sprzęt medyczny dla potrzeb **Zakładu Rehabilitacji** **(ul. KEN 1)** i **Zakładu Rehabilitacji (ul. 1 maja)** za łączną kwotę brutto ................................zł słownie: .................................................................... zł; VAT….. % tj…………. netto ……………………

* oferujemy dla sprzętu wymienionego w pakiecie nr 6 **okres gwarancji** …………… miesięcy, zgodnie z pkt. XIV SIWZ.

W skład **pakietu nr 6** wchodzi następujący sprzęt medyczny**:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa sprzętu** | **Ilość szt.** |
| **1.** | Dynamiczna platforma balansowa | 1 |
| **2.** | Stół do masażu | 1 |
| **3.** | Cykloergometr | 1 |
| **4.** | Laser | 1 |
| **5.** | Urządzenie do aktywnej terapii ręki | 1 |
| **6.** | Aparat do elektroterapii | 1 |
| **7.** | Aparat do krioterapii | 1 |
| **8.** | Lampa Solux | 1 |

1. Oświadczamy, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego, w tym podatek od towarów i usług (VAT) a oferta nie stanowi czynu nieuczciwej konkurencji, zgodnie z art. 89 ust. 1 pkt 3 ustawy prawo zamówień publicznych z dnia 29 stycznia 2004 roku (tj. Dz. U. z 2018, poz. 1986) i art. 5 – 17 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (tj. Dz. U. z 2018, poz.419).
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczamy, że akceptujemy wskazany w SIWZ czas związania ofertą, tj. 60 dni.
4. Oświadczamy, że całość zamówienia zrealizowana zostanie:
5. bez udziału podwykonawcy/ów\*
6. z udziałem podwykonawcy/ów, któremu/ym zostanie powierzona część zamówienia w zakresie …………………………………………….. (należy podać dokładny opis części zamówienia którą Wykonawca zamierza wykonać przy pomocy podwykonawcy/ców).\*

*\* właściwy punkt należy zakreślić a w pozostałym zapisać nie dotyczy.*

1. Oświadczamy, że należymy/ nie należymy\* do grupy małych i średnich przedsiębiorstw.

\**niepotrzebne/niewłaściwe skreślić.*

1. 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 postępowaniu.
2. Oferowane wyroby muszą być wykonane i dopuszczone do obrotu oraz stosowania w służbie zdrowia zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (tj. Dz. U z 2017 r., poz.211 ze zm.) i innymi obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie.
3. **Termin dostawy** maksymalnie 8 tygodni od daty podpisania umowy.
4. **Termin płatności** 30 dni od daty doręczenia faktury Zamawiającemu.
5. Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczam, że załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny, aktualny na dzień otwarcia ofert (art. 233 k.k.).
6. Załącznikami do niniejszej oferty są:

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

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

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

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

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

......................................,dn. .......................................

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

podpisy osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do

występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo