**Rozdział II**

**FORMULARZ OFERTY**

Nazwa Wykonawcy:

………...………………………………………………………………………………………………………………………

Adres (siedziba) Wykonawcy: ………………..……………………………………………………………………………………………………………

Telefon: ……………………………………… Faks:…………………………………………………………

e-mail: ..............................................@....................................................................................................

*W przypadku oferty wspólnej należy podać nazwy wszystkich wykonawców składających ofertę wspólną, wskazać ustanowionego pełnomocnika oraz podać jego dane teleadresowe.*

**OFERTA**

w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego, na podstawie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych.

|  |  |
| --- | --- |
| Zamawiający: | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej „Sanatorium” im. Jana Pawła II w Górnie, ul. Rzeszowska 5, 36-051 Górno |
| Nazwa zamówienia: | **Dostawa łóżek szpitalnych wraz z materacami dla Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej „Sanatorium” im. Jana Pawła II w Górnie** |

1. Oferuję wykonanie w/w zamówienia za:

Cenę netto ……………………zł (słownie:………..……………………………………………………………zł)

podatek VAT …………………zł (słownie:………..……………………………………………………………zł)

Cenę brutto:…………………zł (słownie:………………………………………………………………………zł)

2. Oświadczam, że zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług wybór oferty:

 **nie będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego1)**

 **będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w odniesieniu do**:**1)**

………………………………………………………………………….......................... ………….....................................................

|  |  |
| --- | --- |
|  (nazwa towaru lub usługi) | (wartość bez kwoty podatku) |

3. Oświadczam, że na oferowany przedmiot zamówienia udzielam gwarancji na okres:

**łóżka szpitalne ………………… miesięcy 2).**

4. Zamówienie wykonam w terminie do 40 dni od dnia zawarcia umowy.

5. Części zamówienia, których wykonanie zamierzam powierzyć podwykonawcom: 3)

………………………………………………………………… .........................................................................

(określenie części) (firma podwykonawcy)

6. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane a w art. 13 lub 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.U. UE L 119 z 04.05.2016 r.). wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.4)

………………………….. dn. …………………….. ...............................................................
 Miejscowość (podpis Wykonawcy)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1) Niepotrzebne skreślić.

2) Liczba miesięcy musi być liczbą całkowitą i nie może wynosić mniej niż 36.

3) Wypełnić jeżeli dotyczy. O ile jest to wiadome, podać firmy podwykonawców.

4) Wykreślić w przypadku gdy wykonawca 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.

**OFERTA - FORMULARZ CENOWY**

……………………………………………

(Pieczęć Nazwa Wykonawcy)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. Netto** | **Wartość netto** | **VAT** | **Wartość brutto** | **Nazwa handlowa, typ, model, nr katalogowy** | **Producent** |
|  |
| **Łóżko szpitalne** | **Szt.** | **32** |  |  |  |  |  |  |
| **Materac szpitalny** | **Szt.** | **32** |  |  |  |  |  |  |

………………………….. dn. …………………….. ……………………………………… Miejscowość (podpis Wykonawcy)

**OFERTA**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**– Dostawa łóżek szpitalnych wraz z materacami**

**PARAMETRY WYMAGANE (GRANICZNE) - Tabela 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Parametry Wymagane** | **Warunek** | **Parametr oferowany** |
| **I.** | **Łóżko szpitalne** |
| **1** | **Nazwa oferowanego urządzenia:** **Producent:** **Typ:****Rok produkcji: 2020**  | **Tak, podać** |  |
| 2 | Wymiary całkowite łóżka:- Długość poniżej 2300mm- Szerokość poniżej 1000mm  | Tak, podać |  |
| 3 | Wymiary leża:- długość od 1950mm do 2130mm - szerokość od 870mm do 950mm | Tak, podać |  |
| 4 | Leże łóżka min. czterosegmentowe z czego min. 3 segmenty ruchome | Tak, podać |  |
| 5 | Segmenty leża wypełnione odejmowanymi płytami laminatowymi lub płytami z polipropylenu, odporne na działanie środków dezynfekujących. | Tak, podać |  |
| 6 | Elektryczne regulacje:- segment oparcia pleców min. 0-70° (+/- 3°) - segment uda min. 0-35°- kąt przechyłu Trendelenburga min. 0-15°- kąt przechyłu anty-Trendelenburga min. 0-15° | Tak, podać |  |
| 7 | Regulacja segmentu podudzia elektryczna lub ręczna mechanizmem zapadkowym | Tak, podać |  |
| 8 | Elektryczna regulacja wysokości leża w zakresie min. 410 - 735 mm | Tak, podać |  |
| 9 | Łóżko z możliwością przedłużenie leża w zakresie min. od 100mm do maks. 300mm | Tak, podać |  |
| 10 | Konstrukcja łóżka metalowa lakierowana proszkowo | Tak |  |
| 11 | Podstawa łóżka pantografowa (konstrukcja nośna w postaci ramion wznoszących) podpierająca leże w minimum 6 punktach. | Tak, podać |  |
| 12 | Wolna przestrzeń pomiędzy podłożem, a podwoziem łóżka wynosząca nie mniej niż 140mm pod całym łóżkiem lub na długości przynajmniej 1500mm. | Tak, podać |  |
| 13 | Barierki z dwóch stron łóżka, lakierowane proszkowo, wykonane z profili stalowych składane wzdłuż ramy leża i zabezpieczające min. ¾ długości leża, spełniające aktualne normy bezpieczeństwa | Tak, podać |  |
| 14 | Szczyty łóżka wyjmowane, tworzywowe lub wykonane z profilu stalowego wypełnionego wysokiej jakości płytą HPL o grubości płyty min. 8 mm., odporne na działanie środków dezynfekujących | Tak, podać |  |
| 15 | Możliwość wyboru akcentu kolorystycznego szczytów min. 3 kolory (w tym kolor beżowy) | Tak, podać |  |
| 16 | Podstawa łóżka jezdna. Koła o średnicy min. 125 mm zaopatrzone w mechanizm centralnej blokady, antystatyczne. | Tak, podać |  |
| 17 | Ręczny pilot przewodowy sterujący funkcjami łóżka min.: zmiana wysokości leża, pochylenie oparcia pleców, pochylenie segmentu udowego, funkcja autokontur. | Tak, podać |  |
| 18 | Łóżko z funkcją autokontur - jednoczesna regulacja segmentu pleców i segmentu uda | Tak |  |
| 19 | Autoregresja segmentu oparcia pleców zapobiegająca przed zsuwaniem pacjenta. | Tak |  |
| 20 | Segment oparcia pleców z możliwością szybkiego poziomowania (CPR) z obu stron leża | Tak |  |
| 21 | W narożnikach leża bądź konstrukcji łóżka 4 krążki odbojowe chroniące ściany i łóżko podczas jego przemieszczania. | Tak, podać |  |
| 22 | Obciążenie łóżka min. 200 kg | Tak, podać |  |
| 23 | Wyposażenie łóżka: - wieszak kroplówki, możliwość zamontowania wieszaka kroplówki w czterech narożach ramy łóżka (ramy leża) | Tak, podać |  |
| 24 | Zasilanie 230 V, 50 Hz.Łóżko przebadane pod kątem bezpieczeństwa elektrycznego spełniające aktualnie obowiązujące normy. | Tak |  |
| 25 | W ramach gwarancji bezpłatne przeglądy techniczne (min. jeden raz w roku) | Tak |  |
| 26 | Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat | Tak, podać |  |
| 27 | Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres min. 10 lat | Tak, podać |  |
| 28 | Czas reakcji serwisu max. 3 robocze | Tak |  |
| **II.** | **Materac szpitalny** |
| 1. | Materac przeciwodleżynowy, dostosowany do rozmiarów leża o grubości min. 140mm w tkaninie nieprzemakalnej, paroprzepuszczalnej, antybakteryjnej i antyalergicznej objęty min. 36-cio miesięcznym okresem gwarancji, łatwo zmywalny, odporny na działanie środkówdezynfekcyjnych. | Tak, podać |  |

***Uwaga:*** *W powyższej tabeli (Tabela 1) należy potwierdzić wszystkie wymagane parametry poprzez wpisanie w rubryce „Parametr oferowany” słowa „TAK”* ***a******wszędzie tam gdzie jest takie wskazanie podać parametry oferowane****. Oferowany sprzęt musi spełniać wszystkie parametry określone jako wymagane. Są to parametry minimalne, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Gwarancja udzielona na materac nie stanowi kryterium oceny ofert.*

…………………………………

 Podpis Wykonawcy

**PARAMETRY OCENIANE - Tabela 2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów ocenianych** | **Punktacja** | **Parametr oferowanyTAK/NIE** |
| **1** | Łóżko/leże wyposażone w uchwyty na materac wspomagające stabilność ułożenia materaca | Tak - 5 pktNie - 0 pkt |  |
| **2** | Elektryczna regulacja wysokości leża poniżej 400 mm  | Tak - 5 pktNie - 0 pkt |  |
| **3** | Szczyty łóżka tworzywowe wykonane z jednolitego odlewu bez miejsc klejenia/skręcania | Tak - 5 pktNie - 0 pkt |  |
| **4** | Podstawa łóżka pantografowa (konstrukcja nośna w postaci ramion wznoszących) podpierająca leże w minimum 8 punktach | Tak - 5 pktNie - 0 pkt |  |
| **5** | Elektroniczny panel centralny do sterowania łóżkiem wraz z możliwością blokady funkcji elektrycznych przed nieumyślnym uruchomieniem (oprócz funkcji ratunkowych) | Tak - 10 pktNie - 0 pkt |  |
| **6** | Wbudowany akumulator wykorzystywany do sterowania funkcjami łóżka w przypadku zaniku zasilania lub w przypadku przewożenia pacjenta | Tak - 5 pktNie - 0 pkt |  |

***Uwaga:*** *W powyższej tabeli (Tabela 2) należy wypełnić wszystkie pozycje poprzez wpisanie w rubryce „Parametr oferowany” słowa „TAK” lub „NIE” – zgodnie ze stanem faktycznym. Jeżeli Wykonawca pozostawi rubrykę(-i) pustą(-e), lub wypełni w sposób nieprawidłowy, niezgodny z powyższą instrukcją nie spowoduje to odrzucenia oferty jednakże danej pozycji przypisana zostanie wartość - 0 pkt.*

…………………………………

 Podpis Wykonawcy