

..... dnia

.....
[pieczęćka firmowa]**OFERTA****I. DANE WYKONAWCY:**

1. Pełna nazwa
-
2. Przedstawiciel producenta*
-
3. Adres i siedziba [kod, miejscowość, ulica, powiat, województwo]
-
-
4. Adres do korespondencji [wypełnić jeśli jest inny niż adres siedziby]
-
-
5. REGON
6. Telefon [z numerem kierunkowym]
7. Faks [z numerem kierunkowym]
8. E-mail

II. PRZEDMIOT OFERTY:

dotyczy zamówienia publicznego prowadzonego w trybie „przetargu nieograniczonego” przez:
Zakład Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia, Al. Jerozolimskie 155, 02-326 Warszawa
 reprezentujący na podstawie udzielonych pełnomocnictw

1. **Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie**
2. **Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie**

znak: **ZZZ-211/17** na:

**DOSTAWA FABRYCZNIE NOWYCH RESPIRATORÓW NEONATOLOGICZNYCH WRAZ Z MONTAŻEM I
 INSTALACJĄ W LICZBIE 3 KOMPLETÓW**

III. PODSTAWOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE CENY OFERTY I KRYTERIÓW
DOSTAWA FABRYCZNIE NOWYCH RESPIRATORÓW NEONATOLOGICZNYCH WRAZ Z MONTAŻEM I
INSTALACJĄ W LICZBIE 3 KOMPLETÓW

1. Cena oferty

Łączna wartość wpisana w kolumnie 4 jest ceną ofertową braną pod uwagę przy porównaniu ofert (waga w ocenie ofert: 60 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.1. SIWZ (kryterium nr 1):

PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	CENA BRUTTO ZA 1 SZTUKĘ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA*	LICZBA SZTUK	CENA CAŁKOWITA BRUTTO ZA CAŁOŚĆ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA*
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
RESPIRATOR NEONATOLOGICZNY	-zł	3	-zł
PRODUCENT			
TYP			
ROK PRODUKCJI			

* cena brutto wyrażona do 2 miejsc po przecinku

Cena całkowita brutto – za całość przedmiotu zamówienia – zgodnie z kolumną Nr 4– wynosi słownie:

.....

2. Parametry jakościowe/techniczne przedmiotu zamówienia (waga w ocenie ofert : 40 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.2. SIWZ (kryterium nr 2).

Wartość punktowa w kryterium nr 2 parametry jakościowe/techniczne przedmiotu zamówienia dokonana będzie na podstawie szczegółowego opisu parametrów podlegających ocenie, który stanowi Załącznik nr 3 do formularza oferty.

(UWAGA: należy wypełnić Załącznik nr 3 do oferty)

IV. POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA WYMOGÓW SIWZ DOTYCZĄCYCH PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA I OBOWIĄZKÓW WYKONAWCY

1. Wielkość i warunki dostawy [Zgodnie z rozdziałem V pkt 1 i 3 oraz 7 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]:

Niniejszym potwierdzam i akceptuję terminy, wielkości i warunki dostaw określone w rozdz. V pkt 1 i 3 oraz 7 SIWZ.

2. Oświadczam, iż oferowany przedmiot zamówienia posiada następujące świadectwa i certyfikaty [Zgodnie z rozdziałem V pkt 2 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]:

Nazwa dokumentu
 zał. nr

Nazwa dokumentu
 zał. nr

Nazwa dokumentu

..... zał. nr

3. **Okres i warunki gwarancji** [Zgodnie z rozdziałem V pkt 4 SIWZ]:
Niniejszym potwierdzam i akceptuję okres i warunki gwarancji określone w rozdz. V pkt 4 SIWZ.
4. **Warunki płatności** [Zgodnie z rozdziałem V pkt 5 SIWZ]:
Niniejszym potwierdzam i akceptuję warunki płatności określone w rozdz. V pkt 5 SIWZ.
5. **Sposób kalkulacji ceny** [Zgodnie z rozdziałem V pkt 6 SIWZ]:
Niniejszym potwierdzam sposób kalkulacji ceny przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami określonymi w rozdziale V pkt 6 SIWZ.
6. **Obowiązki wykonawcy** [Zgodnie z rozdziałem V pkt 7 SIWZ]:
Niniejszym przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę na obowiązki Wykonawcy zgodnie z wymogami określonymi w rozdziale V pkt 7 SIWZ.

V. WPLATA WADIUM

[Zgodnie z rozdziałem II Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

1. **Forma, w jakiej zostało wniesione wadium:**

..... zał. nr

2. **Numer konta, na jakie Zamawiający dokonuje zwrotu wadium:**

.....
(wypełnia się w przypadku wniesienia wadium w pieniądzu)

VI. OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁEM SIĘ ZE SPECYFIKACJĄ ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA I POTWIERDZAM SPEŁNIENIE WSZYSTKICH ZAWARTYCH W NIEJ WYMOGÓW

VII. POTWIERDZAM PRZYJĘCIE DO WIADOMOŚCI ORAZ WYRAŻAM ZGODĘ NA WARUNKI I USTALENIA, KTÓRE BĘDĄ WPROWADZONE DO UMOWY

[Zgodnie z załącznikiem do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

VIII. CZĘŚCI ZAMÓWIENIA, KTÓRYCH WYKONANIE WYKONAWCA ZAMIERZA POWIERZYĆ PODWYKONAWCOM ORAZ NAZWY (FIRMY) PODWYKONAWCÓW

[zgodnie z art. 36b ustawy P.z.p. / Patrz rozdział V pkt 8 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

TAK / NIE *

*niepotrzebne skreślić

Jeśli TAK należy wypełnić

IX. INFORMACJE STANOWIĄCE TAJEMNICĘ PRZEDSIĘBIORSTWA W ROZUMIENIU PRZEPISÓW O ZWALCZANIU NIEUCZLIWEJ KONKURENCJI

[Patrz rozdział I pkt 23 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

TAK / NIE *

*niepotrzebne skreślić

Określenie stron oferty, na której znajduje się tajemnica przedsiębiorstwa

.....
Wskazanie sposobu zabezpieczenia (np. złożenie w osobnej kopercie)

.....
i określenie czego dotyczy :
.....

Wykazanie, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa :
.....

X. POTWIERDZENIE ZGODNOŚCI ZAŁĄCZONYCH KOPII Z ORYGINAŁAMI

Niniejszym oświadczam, iż wszystkie załączone do oferty kopie dokumentów są zgodne z oryginałem.

Ponadto oświadczamy, że:

- dostarczony przedmiot zamówienia będzie spełniał wszystkie wymagania zawarte w SIWZ, oraz będzie gotowy do eksploatacji bez żadnych dodatkowych kosztów ze strony Zamawiającego,
- jesteśmy związani ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert,
- w przypadku, gdy nasza oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą, podpiszemy umowę w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.

_____, dnia ___/___/____ r.

*podpis i pieczęćka imienna osoby upoważnionej
do reprezentowania firmy*

LP.	WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO OFERTY	STRONA OFERTY
1.	Oświadczenie wykonawcy potwierdzające brak podstaw do wykluczenia z postępowania	
2.	Oferowane parametry techniczno-eksploatacyjne i warunki graniczne	
3.	Zestawienie parametrów ocenianych aparatury medycznej	
4.	Oświadczenie wykonawcy potwierdzające spełnienie parametrów ocenianych <i>(jeżeli nie występują w postaci FMI)</i>	

Oferta wraz z załącznikami zawiera łącznie _____ ponumerowanych stron.

_____, dnia ___/___/____ r.

*podpis i pieczęć imienna
osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OFERTY

POSTĘPOWANIE ZNAK: ZZZ-211/17

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ
ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA:
DOSTAWA FABRYCZNIE NOWYCH RESPIRATORÓW
NEONATOLOGICZNYCH(...)

Pieczęć ubiegającego się o zamówienie

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**POTWIERDZAJĄCE BRAK PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

- zgodnie z rozdz. IV ust. 1 pkt 1.6.,1.7.,1.8. SIWZ

Ja niżej podpisany [imię nazwisko]: _____

reprezentując firmę [o ile dotyczy]: _____

oświadczam, że wobec ww. wykonawcy/ firmy nie orzeczono tytułem środka zapobiegawczego zakazu
ubiegania się o zamówienie publiczne.

_____, dnia ___/___/_____ r.

*podpis i pieczęć imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy
lub podpis osoby fizycznej*

oświadczam, że ww. wykonawca/ firma w rozumieniu ustawy z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach
lokalnych nie zalega z opłacaniem podatków i opłat lokalnych.

_____, dnia ___/___/_____ r.

*podpis i pieczęć imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy
lub podpis osoby fizycznej*

oświadczam, że wobec ww. wykonawcy/ firmy:

- nie wydano prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne*
- wydano wyrok lub decyzję*

Jeśli tak: Wykonawca zobowiązany jest do przedstawienia dokumentów potwierdzających dokonanie płatności tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami lub informacja o zawarciu wiążącego porozumienia w sprawie spłat tych należności.

*niepotrzebne skreślić

_____, dnia ___/___/_____ r.

*podpis i pieczęć imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy
lub podpis osoby fizycznej*

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO OFERTY

POSTĘPOWANIE ZNAK: ZPP- 211/17

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ
ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA :

DOSTAWA FABRYCZNIE NOWYCH RESPIRATORÓW
NEONATOLOGICZNYCH(...)

Pieczęć ubiegającego się o zamówienie

RESPIRATOR NEONATOLOGICZNY _____

PRODUCENT _____

TYP _____

ROK PRODUKCJI _____

Oferowane parametry techniczno-eksploatacyjne i warunki graniczne

Niżej wymienione parametry/warunki graniczne stanowią wymagania odcinające - niespełnienie nawet jednego z wymagań spowoduje odrzucenie oferty.

**RESPIRATOR WYSOKIEJ KLASY DO TERAPII WENTYLACYJNEJ NA ODDZIAŁACH
NOWORODKOWYCH I DZIECIĘCYCH Z AUTOMATYCZNA REGULACJĄ MIESZANINY
ODDECHOWEJ – 3 KPL**

(jeden komplet – Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie oraz dwa komplety - Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie)

Zobacz Załącznik 2.1. do oferty

Oświadczam, że przekazany przedmiot zamówienia będzie posiadał wymienione powyżej parametry oraz będzie gotowe do eksploatacji bez dodatkowych zakupów.

*podpis i pieczęć imienna
osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*

ZAŁĄCZNIK NR 3 DO OFERTY

POSTĘPOWANIE ZNAK: ZZZ-211/17

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ
 ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA :
DOSTAWA FABRYCZNIE NOWYCH RESPIRATORÓW
NEONATOLOGICZNYCH (...)

Pieczęć ubiegającego się o zamówienie

RESPIRATOR NEONATOLOGICZNY _____

PRODUCENT _____

TYP _____

ROK PRODUKCJI _____

Oferowane parametry oceniane

L.P.	OPIS PARAMETRU / WARUNKU	Parametr oferowany	Ocena w punktach
I	RESPIRATOR WYSOKIEJ KLASY DO TERAPII WENTYLACYJNEJ NA ODDZIAŁACH NOWORODKOWYCH I DZIECIĘCYCH Z AUTOMATYCZNA REGULACJĄ MIESZANINY ODDECHOWEJ- 3 KPL		
1.	Awaryjne zasilanie z wbudowanego akumulatora wystarczające do pracy respiratora w pełnym zakresie standardowych parametrów oddechowych- zgodnie z punktem 1.5 Załącznika nr 2 do Oferty.		60 min. – 0 pkt. powyżej 60 min.- 5 pkt
2.	Kolorowy monitor graficzny (LCD) zintegrowany z respiratorem obrazujący równocześnie wybór i nastawienie parametrów oddechowych, przebiegi dynamiczne i wartości monitorowane- zgodnie z punktem 5.1 Załącznika nr 2 do Oferty.		12"-0 pkt. Powyżej 12"- 5 pkt.
3.	Równoczesna graficzna prezentacja w czasie rzeczywistym przebiegów falowych: - ciśnienia - przepływu - objętości - zgodnie z punktem 5.2 Załącznika nr 2 do Oferty.		3 krzywe- 0 pkt. Powyżej 3 krzywych- 5 pkt.
4	Czas zbierania trendów min 24 godziny- zgodnie z punktem 5.14 Załącznika nr 2 do Oferty.		24 godziny- 0 pkt. Powyżej 24 godzin- 5 pkt.
5	Opis alfanumeryczny danych pacjenta wprowadzany na respiratorze- zgodnie z punktem 7.3 Załącznika nr 2 do Oferty.		16 znaków- 0 pkt. Powyżej 16 znaków- 5 pkt
6	Okres gwarancji (w miesiącach)- zgodnie z punktem 10.1 Załącznika nr 2 do Oferty.		okres gwarancji 24 miesiące- 0 pkt. za każdy miesiąc powyżej 24 miesięcy-1 pkt., łącznie nie więcej niż 12 pkt

UWAGA:

Do oferty należy dołączyć szczegółową specyfikację techniczną zaoferowanych urządzeń/aparatury medycznej zawierająca nazwę sprzętu, nazwę producenta, charakterystykę oraz certyfikaty i/lub świadectwa i/lub oryginalne katalogi ze zdjęciami - foldery (firmowe materiały informacyjne - FMI), wydane przez producenta, w których powinny być zaznaczone wszystkie wymagane przez Zamawiającego parametry techniczne podlegające weryfikacji i ocenie, zgodne z opisem przedmiotu zamówienia (podane w rubrykach w Załącznikach nr 2 oraz nr 3 do oferty).

UWAGA:

W przypadku braku tych parametrów w firmowych materiałach informacyjnych - FMI, Wykonawca zobowiązany jest to potwierdzenia tych danych stosownym oświadczeniem, podpisanym przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy. Oświadczenie należy złożyć w miejscu do tego przewidzianym w druku oferty.

UWAGA:

Wobec braku jednoznacznego potwierdzenia w FMI lub w oświadczeniu Wykonawcy wartości parametrów oferowanych, Zamawiający w przypadku wątpliwości ma prawo ocenić podany parametr oceną zero. W przypadku wątpliwości Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji parametrów oferowanych urządzeń/aparatury medycznej na podstawie oryginalnych materiałów producenta.

*podpis i pieczęć imienna
osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*