|  |
| --- |
| . . . . . . . . . . . . . . dnia . . . . . . . . . . . .  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  [pieczątka 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: **ZZP-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**\* |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
| **respirator neonatologiczny**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **producent**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **typ**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **rok produkcji**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **-zł** | **3** | **-zł** |

*\* 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 OBOWIAZKÓW 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.

1. **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 . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

1. **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.

1. **Warunki płatności** [Zgodnie z rozdziałem V pkt 5 SIWZ]:

Niniejszym potwierdzam i akceptuję warunki płatności określone w rozdz. V pkt 5 SIWZ.

1. **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.

1. **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**. **WPŁATA WADIUM**

[ Zgodnie z rozdziałem II Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia ]

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

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . zał. nr . . . . . . . . . . . . . . . . .

1. **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 NIEUCZCIWEJ 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 pieczątka imienna osoby upoważnionej*

*do reprezentowania firmy*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | wykaz załączników do oferty | Stronaoferty |
| 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 *(jeżeli nie występują w postaci FMI)* |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Oferta wraz z załącznikami zawiera łącznie ponumerowanych stron.

, dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ r.

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

*podpis i pieczątka imienna*

*osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*

***załącznik nr 1 do oferty***

*Pieczęć ubiegającego się o zamówienie publiczne*

**postępowanie znak: ZZP-211/17**

**prowadzone w trybie przetargu nieograniczonego przez**

**Zakład Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia na:**

**dostawa fabrycznie nowych respiratorów**

**neonatologicznych(...)**

**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 pieczątka 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 pieczątka 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 pieczątka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*

*lub podpis osoby fizycznej*

***załącznik nr 2 do oferty***

*Pieczęć ubiegającego się o zamówienie publiczne*

**postępowanie znak: ZZP- 211/17**

**prowadzone w trybie przetargu nieograniczonego przez**

**Zakład Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia na :**

**dostawa fabrycznie nowych respiratorów**

**neonatologicznych(...)**

**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 pieczątka imienna*

*osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*

***załącznik nr 3 do oferty***

*Pieczęć ubiegającego się o zamówienie publiczne*

**postępowanie znak: ZZP-211/17**

**prowadzone w trybie przetargu nieograniczonego przez**

**Zakład Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia na :**

**dostawa fabrycznie nowych respiratorów**

**neonatologicznych (...)**

**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 pieczątka imienna*

*osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*