Załącznik nr 1 do SWZ   
**FORMULARZ OFERTOWY**  Załącznik nr 1 do umowy

Wykonawca : .....................................................................................................................................................

Adres : ...............................................................................................................................................................

NIP: …………………………… REGON: ……………………………. Nr KRS: …………………………………...

*(jeżeli jest*)

Nr konta bankowego do zapłaty należności za zrealizowane zamówienie: ………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

Dane kontaktowe : Nr telefonu : …..………………………………., nr faxu : …….…………………………   
adres e-mail : ...................................................., strona internetowa: http://......................................................

osoby/a do stałego kontaktu: …………………………………………………. nr tel. ………………………………..

Składam ofertę na **dostawę 2 szt. kompletnie zabudowanych ambulansów sanitarnych typ .……. zgodnych z aktualnie obowiązującą wersją normy PN-EN 1789 lub równoważną -** z wyposażeniem podstawowym opisanym w SWZ:

Pojazd bazowy : Marka ………………………………………, typ i model ………………….……………..,   
Ambulans skompletowany : Typ, nazwa handlowa ...................................................................................

wersja, wariant ....................................................................... *(zgodnie ze świadectwem homologacji)*

**Wykonawca oświadcza :**

Zapoznałem się z wszystkimi szczegółami dotyczącymi przygotowania oferty i realizacji zamówienia.

Zapoznałem się z projektem umowy, akceptuje jego treść i zobowiązuje się do podpisania umowy jeżeli jego oferta zostanie wybrana jako najkorzystniejsza.

Oferowane ambulanse spełniają wymagania aktualnych wersji norm : PN-EN 1789 dla ambulansu oraz jego wyposażenia specjalistycznego i PN-EN 1865 dla urządzeń do transportu pacjenta, lub równoważnych, spełniają wymagania Ustawy z dnia 20 czerwca 1997r. - Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2022r., poz. 988 z późn.zm.), Rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 31 grudnia 2002r. w sprawie warunków technicznych pojazdów oraz zakresu ich niezbędnego wyposażenia (tekst jednolity Dz.U. z 2022 poz. 122 z późn.zm.) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2019r. w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego (Dz. Dz.U. z 2023 r., poz. 118 z późn.zm.) obowiązujących dla ambulansów sanitarnych typ „C” - oraz spełniają pozostałe wymagania określone przez Zamawiającego.

Oferowany sprzęt medyczny spełnia wymagania określone w ustawie o wyrobach medycznych oraz wymagania określone przez Zamawiającego.

Zapewniam podjęcie napraw gwarancyjnych zabudowy specjalistycznej zgodnie z zapisami   
w załączniku nr 4 do swz: projekt umowy.

Zapewniam wykonanie napraw gwarancyjnych pojazdu i wyposażenia specjalistycznego zgodnie   
z zapisami w załączniku nr 4 do swz: projekt umowy.

Zobowiązuję się zapewnić w okresie min. 5 lat od daty przekazania ambulansu Zamawiającemu dostępność wszystkich elementów sprzętowych zabudowy specjalistycznej takich samych jak zamontowane pierwotnie lub innych równoważnych; całkowicie kompatybilnych zarówno pod względem mechanicznym, jak również elektrycznym i elektronicznym, aby możliwa była naprawa lub wymiana zepsutego lub uszkodzonego osprzętu, bez potrzeby jakichkolwiek przeróbek lub modernizacji w pojeździe. Dotyczy to wszystkich urządzeń zamontowanych w ambulansie w ramach adaptacji samochodu ciężarowego na ambulans sanitarny.

**FORMULARZ OFERTOWY**

Adresy, numery telefonów, faksów, adresy e-mail serwisów gwarancyjnych do zgłaszania awarii :

1) pojazdu bazowego :

- adres ………………………………………………………………………………………………..

- telefon …………………………………….., - e-mail ………………………………………

2) zabudowy specjalistycznej ambulansu :

- adres ………………………………………………………………………………………………..

- telefon …………………………………….., - e-mail ………………………………………

3) sprzętu medycznego zamontowanego w ambulansie */*

- adres ………………………………………………………………………………………………..

- telefon …………………………………….., - e-mail ………………………………………

4) noszy, transportera, podstawy pod nosze :

- adres ………………………………………………………………………………………………..

- telefon …………………………………….., - e-mail ………………………………………

***Uwaga !*** */można załączyć w formie wykazów/*

Wniosłem wymagane wadium w wysokości ..................... PLN, w formie .................................................................................................................. ,

które należy zwrócić na adres / konto ......................................................................................................  
................................................................................................................................................................. .

1. Osoba (*wpisać imię, nazwisko i funkcję*), która będzie podpisywać umowę ………………………………

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

1. Firma, którą reprezentuję **jest :**
   * + - 1. mikro-przedsiębiorstwem; \*
         2. małym przedsiębiorstwem; \*
         3. średnim przedsiębiorstwem; \*
         4. jednoosobową działalnością gospodarczą; \*
         5. osoba fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej; \*
         6. inny rodzaj: ………………………………………………………………… *(wpisać jakim…)*. **\***
2. Zamówienie zrealizuję **sam** / **przy udziale podwykonawców \*\*:**
   1. określenie części zamówienia, których wykonanie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom *(jeżeli części te realizowane są z udziałem podwykonawców)*:

……………………………………………………………………………………………………………

* 1. podać firmy, które będą podwykonawcami części zamówienia określonej w pkt.5a.

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

**\*** / **należy zakreślić numer odpowiedniej pozycji**

***\*\**** /**niepotrzebne skreślić**

**FORMULARZ – OFERTOWY**

**Oferuję realizację przedmiotu zamówienia określonego w SWZ za kwotę:**

**15. Całkowita wartość zamówienia za 2 szt. ambulansów:**

a) wartość (bez podatku VAT) : …...……...................... PLN

(słownie: ……………………………………………………………………………………..)

b) podatek VAT : …………….............. PLN

(słownie: ……………………………………………………………………………………..)

**c) cena ( z podatkiem VAT) :**  **……........................……. PLN \***

**(słownie: ..............................................................................................................................)**

**Tabela nr 1**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa elementu składowego przedmiotu zamówienia | ilość | Cena netto bez podatku | Stawka podatku VAT % | Wartość podatku VAT | Cena brutto z podatkiem VAT |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Ambulans z zabudową specjalistyczną | 1 szt. |  |  |  |  |
| Nosze transportowe kpl. | 1 kpl. |  |  |  |  |
| Sprzęt medyczny | 1 kpl. |  |  |  |  |
| RAZEM kpl. 1 ambulans: | 1 szt. |  |  |  |  |
| **Łącznie 2 ambulanse kpl.** | **2 szt.** |  |  |  |  |

**Uwaga !** jeżeli na poszczególne elementy obowiązują różne stawki VAT należy je podać w kol. 4 tabeli.

1. Cena przedmiotu zamówienia zawiera wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego, które wynikają z zapisów SWZ oraz aktualnych przepisów prawa.
2. Akceptuję warunki płatności: termin (do 30 dni od daty otrzymania faktury za wykonaną dostawę).
3. Zobowiązuje się załączyć pisemne gwarancje dla wszystkich elementów pojazdu.
4. Zobowiązuję się do wykonania całości zamówienia **w terminie: ......... dni** od daty zawarcia umowy, max. 70 dni/.
5. Oferuję **okres gwarancji na zabudowę specjalistyczną** ambulansu: **.…… miesięcy\*** /min. 24 m-ce, max. 48 m-cy/ - **kryterium oceny ofert**
6. **Oferuję** / **nie oferuję** **\*\*** – bezpłatne przeglądy gwarancyjne zabudowy specjalistycznejwraz z noszami,   
   w okresie gwarancji.

**\*** / **kryteria oceny ofert,**

**\*\*** / **niepotrzebne skreślić**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Tabela nr 2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr oceniany w kryterium Xptu -** *(parametry techniczno-użytkowe)* | Pozycja zał. 1d  tabela / poz. | **\* Wpisać czy spełnia wymóg**  **TAK / NIE** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** |
| 1. | **Boczne poduszki** dla kierowcy i pasażera w kabinie kierowcy | 5/1.1 |  |
| 2. | **Fabrycznie montowana szyba czołowa podgrzewana elektrycznie -** , niezależnie od systemu nadmuchu ciepłego powietrza | 5/1.9 |  |
| 3. | **Automatyczny elektryczny system domykania drzwi** przesuwnych lewych i prawych | 5/1.12 |  |
| 4. | **Automatyczna skrzynia biegów** | 5/3.1 |  |
| 5. | **System wspomagania nagłego hamowania** BAS albo równoważny | 5/4.2 |  |
| 6. | Elektroniczny **układ rozdziału siły hamowania** | 5/4.3 |  |
| 7. | **Wymiary minimalne przedziału pacjenta opcja punktowana**: **wysokość min.** **1,84 m** mierzona pionowo na środku długości noszy - od podłogi do płaszczyzny sufitu, **długość min. 3,20 m** mierzona poziomo od płaszczyzny zamkniętych drzwi przesuwnych do kabiny kierowcy do płaszczyzny zamkniętych drzwi tylnych, **szerokość min.** **1,70 m** pozioma odległość pomiędzy lewą i prawą ścianą przedziału | 5a/5.1 |  |
| 8. | Na bocznej ścianie przedziału pacjenta **zamocowane 2 poziome szyny mocujące** do których mogą być łatwo przykręcane, w różnych kombinacjach **2 do 4 płyty mocujące** (płyty z blachy nierdzewnej lub aluminiowe), do których można mocować niezależnie : uchwyt pod dowolny typ defibrylatora, szynę Modura do zamocowania respiratora lub p-py infuzyjnej oraz inny sprzęt w dowolnej konfiguracji | 5a/5.2 |  |
| 9. | **Wysokość przejścia** pomiędzy kabiną kierowcy a przedziałem pacjenta – opcja punktowana **min. 175 cm,** wysokość mierzona w linii drzwi, pionowo od powierzchni podłogi w przedziale pacjenta do górnej krawędzi otworu otwartych drzwi | 5a/5.9 |  |
| 10. | **System mocowania noszy** z automatycznym za i wyładunkiem - załadunek i rozładunek noszy do /z karetki poprzez system wciągający i wysuwający nosze, stanowiący element lawety | 5a/11.3.a) |  |
|  |  |  |  |

*wypełnić kolumnę nr 4, dołączyć do oferty*

1. **Oferuję okresy gwarancji na pozostałe elementy (min. 24 m-ce, max. 36 m-cy) na**:

- zabudowę specjalistyczną ambulansu: ……………… m-cy – ***kryterium oceny ofert***

- pojazd bazowy **:** **……………..** m-cy

- powłoki lakiernicze **:** **…………….** m-cy

- nosze transportowe kpl. **:** **……………..** m-cy

na zasadach określonych w załączniku nr 4 do swz (wzór umowy).

1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art.13 lub art.14 RODO[[1]](#footnote-1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.**\***

**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 treści oświadczenia Wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia przez jego wykreślenie)**

1. Mam świadomość związania niniejszą ofertą do dnia 06.08.2022r**.**
2. Oświadczam, że moja oferta:
   * + - 1. nie zawiera informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa **\***
         2. zawiera informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa; **\***

(informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2020 r. poz. 1913), Wykonawca,   
w celu utrzymania w poufności tych informacji, przekazuje je w wydzielonym i odpowiednio oznaczonym pliku „Załącznik stanowiący tajemnicę przedsiębiorstwa”).

1. Oświadczam, że wybór mojej oferty:
2. nie będzie prowadzić u Zamawiającego do powstania obowiązku podatkowego zgodnie z ustawą   
   z dnia 11 marca 2014 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2020 r. poz. 106, z późn. zm.); **\***
3. będzie prowadzić u Zamawiającego do powstania obowiązku podatkowego zgodnie z ustawą   
   z dnia 11 marca 2014 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2020 r. poz. 106, z późn. zm.).   
   W związku z czym wskazujemy nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do obowiązku jego powstania oraz ich wartość bez kwoty podatku : **\***

**\*\*** nazwa (rodzaj) towaru/ów, których dostawa będzie prowadziła do powstania obowiązku podatkowego: ……………………………………………………………………………………………

**\*\*** wartości towaru/ów objętego obowiązkiem podatkowym Zamawiającego, bez kwoty podatku: ……………………………………………………………………………………………………………..

**\*\*** stawki podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą Wykonawcy, będzie miała zastosowanie: ……………………………………………………………………………………………...

**\*** / **zakreślić odpowiedni numer odpowiedzi**,

\*\* / **wpisać odpowiednie dane - w przypadku pkt. 2)**

Załączniki do niniejszej oferty:

* + - 1. ……………………………………….………… .
      2. …………………………………………………. .
      3. …………………………………………………. .
      4. …………………………………………………. .
      5. …………………………………………………. .
      6. …………………………………………………. .
      7. …………………………………………………. .
      8. …………………………………………………. .
      9. …………………………………………………. .
      10. …………………………………………………. .
      11. …………………………………………………. .
      12. …………………………………………………. .
      13. …………………………………………………. .
      14. …………………………………………………. .
      15. …………………………………………………. .

***UWAGA !***

***Zaleca się po wypełnieniu formularzy zapisać je do pliku „.pdf „ i dopiero tak przygotowany plik podpisać – zalecany podpis wewnętrzny „ pades”.***

***Dokument należy podpisać i złożyć zgodnie z wymaganiami opisanymi w SWZ.***

1. rozporządzenie 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1). [↑](#footnote-ref-1)