Numer referencyjny postępowania:

**WSZ-EP-12/2024**

**Załącznik nr 1 do SWZ**

# **Formularz oferty**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie Zamówienia prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na podstawie ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych, na zadanie pod nazwą: **„Dostawa angiografu wraz z pozostałym wyposażeniem i adaptacją pomieszczeń w celu dostosowania Pracowni Hemodynamiki do obowiązujących przepisów”** my niżej podpisani:

**Wykonawca 1** ………………………………………………………………………………………..

Adres .…………………………………………………………………………………………………..

województwo……………………………….………………… kraj ………………………………….

adres email (*do kontaktów z Zamawiającym*) ………………@……………………………………

KRS ………………………… NIP ………………………… REGON ……………………………...

**Wykonawca 2\*** ………………………………………………………………………………………

Adres …………………………………………………………………………………..………………

województwo ………………………………….………… kraj ……………….…………….……….

adres email (*do kontaktów z Zamawiającym*) ……………………@………………………………

KRS ………………………… NIP ………………………… REGON …………………..….………

**Pełnomocnik\*\*** do reprezentowania Wykonawców ubiegających się wspólnie o udzielenie Zamówienia (Lider Konsorcjum) …………………………………………………..…………………

Adres ………………………………………………………………………………...…………………

województwo…………………………………….………kraj …………………………….………….

adres email (*do kontaktów z Zamawiającym*) ……………………@………………………………

KRS ………………………… NIP ………………………… REGON ……………………………..

\* niepotrzebne skreślić lub powielić w przypadku większej liczby Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie Zamówienia

\*\* wypełniają jedynie Wykonawcy wspólne ubiegający się o udzielenie Zamówienia (spółki cywilne lub konsorcja)

1. **SKŁADAMY OFERTĘ** na wykonanie Przedmiotu Zamówienia zgodnie z SWZ.
2. **Oświadczamy,** że zapoznaliśmy się z treścią SWZ i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami.
3. **OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się z Projektowanymi Postanowieniami Umowy stanowiącymi załącznik do SWZ i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z ofertą, i przedłożonymi przez nas dokumentami, w tym przedmiotowymi środkami dowodowymi, na warunkach określonych w SWZ, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. **ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ wykonać zamówienie w terminie wskazanym w SWZ**.
5. **OFERUJEMY** wykonanie przedmiotu Zamówienia:

a) CENA BRUTTO – cena ofertowa **(RAZEM Tabela nr I + Tabela nr II** ) ................................... PLN, zgodnie z poniższymi tabelami:

**Tabela numer I Angiograf wraz z pozostałym wyposażeniem:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **Cena jednostkowa brutto w zł** | **Wartość****brutto w zł** | **Oferowany model/typ****Producent** |
| 1. | Cyfrowy aparat angiograficzny do badań i zabiegów kardiologicznych z możliwością analizy ilościowej (QCA) zgodny z opisem zawartym w punkcie I załącznika nr 2 do SWZ | 1 szt. |  |  |  |
| 2. | Strzykawka automatyczna zgodna z opisem zawartym w punkcie II załącznika nr 2 do SWZ | 1 szt. |  |  |  |
| 3. | Polifizjograf umożliwiający pomiar ciśnienia i rejestrację EKG zgodny z opisem zawartym w punkcie III załącznika nr 2 do SWZ | 1 szt. |  |  |  |
| 4. | Zestaw 2 szt. defibrylatorów zgodnych z załącznikiem nr 2 do SWZ w tym: |
| 4a | Defibrylator zgodny z opisem zawartym w punkcie IV A załącznika nr 2 do SWZ | 1 szt. |  |  |  |
| 4b | Defibrylator zgodny z opisem w punkcie IV B załącznika nr 2 do SWZ | 1 szt |  |  |  |
| 5. | Stymulator zgodny z opisem zawartym w punkcie V załącznika nr 2 do SWZ | 1 szt. |  |  |  |
| 6. | Aparat do kontrapulsacji wewnątrzaortalnej zgodny z opisem zawartym w punkcie VI załącznika nr 2 do SWZ | 1 szt. |  |  |  |
| **Razem:** |  | XXX |

**Tabela nr II - Adaptacja pomieszczeń**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Wartość****brutto w zł** |
| 1. | Wykonanie dokumentacji projektowej oraz roboty budowlane w systemie zaprojektuj i wybuduj zgodnie z programem funkcjonalno - użytkowym stanowiącym załącznik nr 3 do SWZ (cena ryczałtowa) |  |

b) **Zestawienie parametrów ocenianych**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry oceniane** | **Potwierdzenie spełniania parametrów** |
| **STATYW APARATU RTG** |
| 1. | **Głębokość ramienia C** 3 pkt- głębokość ≥105 cm2 pkt -głębokość od 100 do 104,99 cm1 pkt- głębokość od 90 do 99,99 cm  | Podać głębokość |
| 2. | **Ręczne (bez używania silników) ustawianie statywu w pozycji parkingowej, z wbudowanym hamulcem, z możliwością ustawienia ręcznego po obu stronach statywu**TAK -2 pkt.NIE -0 pkt | Podać TAK/NIE |
| 3. |  **System zabezpieczenia pacjenta przed kolizją za pośrednictwem czujników bezdotykowych** TAK - 2 pkt NIE -0 pkt-  | Podać TAK/ NIE |
| **KOLIMATOR - PRZYSŁONY** |
| 4. | **Dodatkowa filtracja w postaci filtrów miedziowych przy prześwietleniu i ekspozycjach zdjęciowych**3 punkty –za wartość większą albo równa 1mm Cu (wg równoważnika Cu)2 punkty -za wartość od 0,9 mm do 0,99 mm Cu (wg równoważnika Cu)1 punkt-za wartość poniżej 0,9 mm Cu (wg równoważnika Cu) | Podać wartość |
| **GENERATOR** |
| 5. | **Minimalny czas ekspozycji nie większy niż 1ms** TAK - 2 pkt.NIE – 0 pkt. | Podać TAK/NIE |
| **DETEKTOR** |
| 6. | **Ilość pól – FOV**2 pkt – za 5 pól FOV albo więcej1 punkt – za 4 pola FOV  | Podać ilość pól |
| **OBRAZOWANIE** |
| 7. | **Dodatkowy wózek z zamocowanym ekranem dotykowym umożliwiający interakcję z monitorem na Sali zabiegowej, umożliwiający co najmniej:-zamianę wielkości okien- zmianę wzorca ułożenia obrazów- zrzut wybranego ekranu- zmianę położenia poszczególnych aplikacji metodą „przeciągnij i puść”- wyświetlanie obrazów statycznych i dynamicznych**TAK - 2 pkt.NIE – 0 pkt | Podać TAK/NIE |
| **CYFROWY SYSTEM OBRÓBKI OBRAZU POSTPROCESSING** |
| 8. | **System redukcji dawki dodatkowy (opcjonalny) w stosunku do opisanego w pkt.63, działający niezależnie od zmian ustawień przesłon, klatkowania, aktywnego pola obrazowania detektora lub odległości SID, obniżający poziom kermy w powietrzu o co najmniej 50% w stosunku do systemu bez tej funkcjonalności przy zachowaniu wartości diagnostycznej otrzymywanego obrazu**TAK – 3 pktNIE – 0 pkt | Podać TAK/NIE |
|  **KOLIMATOR - PRZYSŁONY** |
| 9. | Automatyczny obrót obrazu w zależności od zmian położenia statywu, bez utraty obszaru obrazowania, poprzez jednoczesny, automatyczny i synchroniczny obrót detektora oraz kolimatora, kompensujący obrót statywu oraz stołu pacjenta TAK – 3 pktNIE – 0 pkt. | Podać TAK/NIE  |
| 10. | **Resuscytacja pacjenta dozwolona przy maksymalnym wysunięciu płyty pacjenta, brak piktogramu wskazującego na położenie płyty pacjenta nad stopą stołu** TAK – 3 pktNIE – 0 pkt. | Podać TAK/NIE |
| **SYSTEM REJESTRACJI OBRAZÓW** |
| 11. | **Wielopłaszczyznowa angiografia rotacyjna: automatyczny ruch statywu po uprzednio zaprogramowanej trajektorii (możliwość zaprogramowania co najmniej 5 trajektorii) uwzględniającej odchylenia RAO/LAO i CRA/CAUD; szybkość ruchów statywu przy wykonywaniu angiografii rotacyjnej nie mniejsza niż 50°/s**TAK – 3 pktNIE – 0 pkt | Podać TAK/NIE |
| 12. | **Dynamiczny roadmap wieńcowy - funkcja nawigacji umożliwiająca prowadzenie cewnika na ruchomym obrazie tętnic wieńcowych bez konieczności podawania kontrastu** TAK – 3 pktNIE – 0 pkt | Podać TAK/NIE |
| 13. | **Rysowanie konturów naczyń na panelu dotykowym przy stole pacjenta wraz z nałożeniem narysowanych konturów na fluoroskopię w czasie rzeczywistym** TAK -2 pktNIE – 0 pkt | Podać TAK/NIE |
| **KONSOLA OPERATORSKA** |
| 14. | **Możliwość sterowania systemem IVUS/FFR z poziomu panelu sterowania angiografu** TAK – 3 pktNIE – 0 pkt | Podać TAK/NIE |
| **GENERATOR** |  |
| 15. | **Obciążenie generatora mocą ciągłą dla obciążenia trwającego 10 minut**poniżej 3500W – 0 pkt3500W lub powyżej – 2 pkt | Podać wartość |
| **STÓŁ PACJENTA** |  |
| 16.  | **Nośność stołu**Mniejsza niż 300 kg – 0 pkt300 kg lub powyżej – 2 pkt | Podać wartość |

**\*W kolumnie „Potwierdzenie spełniania parametrów” należy wpisać „Tak” jeśli zaoferowany asortyment posiada dany parametr, w przeciwnym wypadku wpisać „Nie” .Odpowiednio tam, gdzie wymagane jest podanie wartości danego parametru należy wpisać zaoferowaną wartość dla danego parametru.**

**Podane przez Wykonawcę odpowiedzi stanowią podstawę do przyznania odpowiedniej ilości punktów.**

 **Nieuzupełnienie kolumny „Potwierdzenie spełniania parametrów” w danej pozycji potraktowane zostanie jako zadeklarowanie odpowiedzi za 0 pkt.**

1. **WARUNKI PŁATNOŚCI** zostały określone w Projektowanych postanowieniach umowy, stanowiących załącznik do SWZ.
2. **OŚWIADCZAMY,** iż – za wyjątkiem informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa
w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji – oferta oraz wszelkie pozostałe załączniki są jawne.
3. **OŚWIADCZAMY,** że jesteśmy związani ofertą do upływu terminu wskazanego w SWZ.
4. **OSOBĄ** upoważnioną do kontaktów w sprawie oferty jest:

……………………………………………………… tel. ………………………………………

1. **INFORMUJEMY**, iż zgodnie z art. 225 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych, wybór oferty:
2. **nie będzie prowadzić** do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*,
3. **będzie prowadzić** do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, w wyniku czego wskazuję\*:
4. wskazuję nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego,
5. wskazuję wartość towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym zamawiającego, bez kwoty podatku,
6. wskazuję stawkę podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą wykonawcy, będzie miała zastosowanie

…………………………………………………………………………………………………

*(\*niepotrzebne skreślić)*

1. Dostawęobjętą zamówieniem zamierzamy wykonać **samodzielnie\* – przy udziale podwykonawców\***

*(\*niepotrzebne skreślić)*

*Wypełnić poniższą tabelę w przypadku wykonania zamówienia przez podwykonawców.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Część zamówienia, których wykonanie Wykonawca** **zamierza powierzyć podwykonawcom** |
|  |  |
| **Lp.** | **Nazwy ewentualnych podwykonawców, jeżeli są już znani** |
|  |  |

Powierzenie wykonania części zamówienia podwykonawcom nie zwalnia Wykonawcy
z odpowiedzialności za należyte wykonanie tego zamówienia.

1. **OŚWIADCZAMY**, że brak wskazania w ofercie części zamówienia, rozumiane ma być jako wykonanie zamówienia bez udziału podwykonawców.
2. **OTRZYMALIŚMY** konieczne informacje do przygotowania oferty.
3. **OŚWIADCZAMY**, że wypełniliśmy 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.[[2]](#footnote-2)\*
4. **RODZAJ Wykonawcy:**

[ ]  jednoosobowa działalność gospodarcza,

[ ]  osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej,

[ ]  inny rodzaj

1. **OŚWIADCZAMY,** że jesteśmy[[3]](#footnote-3):

[ ]  Mikroprzedsiębiorstwem

[ ]  Małym przedsiębiorstwem

[ ]  Średnim przedsiębiorstwem

[ ]  Żadnym z powyższych, jesteśmy………………………………\*(w przypadku zaznaczenia proszę uzupełnić)

………………………………, dnia …………………………………

*Formularz podpisany elektronicznie*

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)
2. 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 np. przez jego wykreślenie). [↑](#footnote-ref-2)
3. Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

**Mikroprzedsiębiorstwo**: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej, niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

**Małe przedsiębiorstwo**: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej, niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

**Średnie przedsiębiorstwa**: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR. [↑](#footnote-ref-3)