**Załącznik Nr 1**

|  |
| --- |
|  |

Pieczątka firmowa Wykonawcy

**FORMULARZ OFERTOWY**

Nazwa i siedziba Wykonawcy: ..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................Numer telefonu / faxu …………………………………...…………………………………………….

**Adres e-mail** .........................................................................................................................................

Numer NIP i Regon ……………………………………………...…………………………………….

Do: nazwa i siedziba Zamawiającego

Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II; 05-825 Grodzisk Mazowiecki; ul. Daleka 11

Nawiązując do zaproszenia do wzięcia udziału w zapytaniu ofertowym na **dostawę, uruchomienie oraz instruktaż/szkolenie w zakresie obsługi zestawu ortez wspomagających ruch ręki niedowładnej** dla Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim.

* 1. **Oferuję**, wykonanie na warunkach i w pełnym rzeczowym zakresie objętym Zapytaniem Ofertowym za cenę
* za cenę (netto)…………………… zł.
* podatek VAT................................... zł.
* cena brutto................................... zł.

Słownie brutto: ..........................................................................................................................złotych

wyliczoną na podstawie wypełnionego FORMULARZA CENOWEGO – ***Zał. Nr 2.***

* 1. w terminie: **4 tygodni od daty podpisania umowy,**
  2. przy warunkach płatności ............. dni./wymagany termin płatności minimum: do **60** dni, pożądany termin płatności **90** dni /
  3. Warunki gwarancji – Załącznik Nr 4

1. Oświadczam, że uważam się za związanym(ą) niniejszą ofertą przez czas wskazany w zapytaniu ofertowym
2. Oświadczam, że zawarte w zapytaniu ofertowym ogólne i szczegółowe warunki umowy zastały zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na warunkach w tej umowie i mojej ofercie określonych, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
3. Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny z wymaganiami zapytania ofertowego oraz obowiązującymi przepisami.
4. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu\*
5. Wykonawca jest **małym \*/ średnim \*/ dużym\* przedsiębiorstwem**

***\*niepotrzebne wykreślić***

1. Imię, nazwisko i stanowisko osoby upoważnionej do podpisania umowy :

.........................................................................................................................................................

Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za realizację zamówień :

.........................................................................................................................................................

1. Wykonawca informuje, że (niepotrzebne skreślić):

* wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego;
* wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w odniesieniu do następujących towarów / usług: ……………………………………………

Wartość towaru / usług powodująca obowiązek podatkowy u Zamawiającego to ……..…… zł netto\*.

*\* dotyczy Wykonawców, których oferty będą generować obowiązek doliczania wartości podatku VAT do wartości netto oferty, tj. w przypadku:*

* *wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów,*
* *mechanizmu odwróconego obciążenia, o którym mowa w art. 17 ust. 1 pkt. 7 i ustawy o podatku od towarów i usług,*
* *importu usług lub importu towarów, z którymi wiąże się obowiązek doliczenia przez Zamawiającego przy porównywaniu cen ofertowych podatku VAT.*

1. Załączniki do oferty:
2. Załącznik Nr 1 – Formularz ofertowy
3. Załącznik Nr 2 – Formularz cenowy
4. Załącznik Nr 3 – Opis przedmiotu zamówienia z Formularzem technicznym
5. Załącznik Nr 4 – Warunki i okresy gwarancji
6. Załącznik Nr 5 – Oświadczenie
7. .........................................

(…) .........................................

........................................................Podpis i pieczątka upoważnionego

przedstawiciela Wykonawcy

……………………………..……………………..

Miejscowość, data

**Uwaga pola wykropkowane proszę wypełnić czytelnie**

**Załącznik Nr 2**

|  |
| --- |
|  |

Pieczątka firmowa Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa** | **Ilość** | **J.m** | **Cena jedn. netto zł.** | **Cena netto**  **zł.** | **VAT**  **%** | **Kwota**  **VAT** | **Cena brutto**  **zł.** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | |  |  |  |  |

Uwaga:

Cenę należy podać do dwóch miejsc po przecinku wg następujących zasad:

* *końcówki poniżej 0,5 grosza pomija się,*
* *końcówki 0,5 grosza i wyższe zaokrągla się do 1 grosza.*

.............................................................

Podpis i pieczątka upoważnionego

przedstawiciela Wykonawcy

**Załącznik Nr 3**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Zamawiający zakupi ortezę z dynamicznym wspomaganiem ruchu ręki niedowładnej. Orteza użytkowana będzie w pracowni rehabilitacyjnej Szpitala powinna umożliwiać w tym samym czasie rehabilitowanie kilku pacjentów, nie mniej niż 3. Wyposażenie podstawowe ortezy powinno umożliwiać realizację funkcji o L.p. od 1 do 11.

Wykonawca zapewnia w ramach dostawy montaż i uruchomienie ortezy w miejscu wskazanym przez Zamawiającego w jego siedzibie.

Wykonawca przeprowadzi szkolenie personelu Zamawiającego, który określi wymagana liczbę personelu. Termin i czas szkolenia strony uzgodnią w trybie operacyjnym.

Wykonawca zapewni 36 miesięczną gwarancję i zapewni serwis pogwarancyjny przez okres 10 lat od chwili zakupu.

Wykonawca zapewni w ramach dostawy akcesoria dodatkowe i zobowiązuje się do bieżącego informowania Zamawiającego o nowych akcesoriach poprawiających funkcjonalną rehabilitacyjną dostarczonej ortezy.

Zamawiający oczekuje rozliczenia dostawy przy spełnieniu warunku terminu płatności minimum: do **60** dni z możliwością rozliczenia finansowego w systemie ratalnym, minimalnie 24 miesiące, pożądany termin płatności ostatniej raty 36 miesięcy.

**Formularz techniczny**

**Zestaw ortez ……………………………….. – dynamiczne ortezy wspomagające ruch ręki niedowładnej**

*/wpisać nazwę producenta i model/*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wymagania minimalne Zamawiającego** | | **Parametry oferowane przez Wykonawcę** |
| **L.p.** | **Cechy rehabilitacyjne i/lub techniczne** | W każdej pozycji wpisać oświadczenie dot. zaoferowanego sprzętu**: TAK / NIE**  Wpisać cechy nowe/rozszerzające - należy wpisać nazwę producenta i model. |
| **WYPOSAŻENIE PODSTAWOWE** | | |
| 1 | objęcie terapią różnej ilości pacjentów w tym samym czasie – min. 3 pacjentów |  |
| 2 | możliwość ćwiczenia funkcjonalnego pacjentów ze spastycznością ręki |  |
| 3 | możliwość wykonywanie ćwiczeń z funkcją chwytania i puszczania przedmiotów |  |
| 4 | możliwość indywidualnego dopasowywania ortezy do wielkości ręki i palców pacjentów |  |
| 5 | możliwość wykonywania ćwiczeń samodzielnych i z asystą |  |
| 6 | możliwość ćwiczenia z pacjentem w dowolnym miejscu w zależności od zadania |  |
| 7 | możliwość dopasowywania siły wspierającej ruch prostowania palców |  |
| 8 | możliwość dopasowywania konta ustawienia stawu nadgarstkowo-promieniowego |  |
| 9 | możliwość korygowania ustawienia stawu łokciowego i przedramienia |  |
| 10 | możliwość wykonywania ćwiczeń oburącz |  |
| 11 | możliwość ćwiczenia w dowolnej pozycji |  |
| 12 | gwarancja – 36 miesięcy |  |
| 13 | szkolenie personelu Zamawiającego - …….. osoby |  |
| **AKCESORIA DODATKOWE – stanowiące element wyposażenia podstawowego** | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

.............................................................

Podpis i pieczątka upoważnionego

przedstawiciela Wykonawcy

**Załącznik Nr 4**

|  |
| --- |
|  |

Pieczątka firmowa Wykonawcy

**Warunki i okresy gwarancji dla oferowanych urządzeń i sprzętu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Oferowany okres gwarancji** |
| *1.* | *2.* | *3.* |
| 1. | **Zestaw podstawowy -**  zgodnie z Załącznikiem Nr 3, Formularz techniczny | licząc od daty uruchomienia ortezy u Zamawiającego  na ...............................  *(min. 36 miesięcy)* |
| 2. | **Akcesoria** - zgodnie z Załącznikiem Nr 3, Formularz techniczny | licząc od daty uruchomienia Akcesoriów u Zamawiającego  na ............................... ,  *(min. 36 miesięcy)* |
| 3. | Czas reakcji serwisu | licząc od daty przyjęcia zgłoszenia  ............................... , dni robocze  *(max. 2 dni robocze)* |
| 4. | Czas dostarczenia urządzenia zamiennego przy naprawie gwarancyjnej trwającej dłużej niż 2 dni robocze | licząc od daty przyjęcia do naprawy gwarancyjnej  ............................... , dni robocze  *(max. 2 dni robocze)* |
| 5. | Czas dostarczenia akcesoriów zamiennych przy naprawie gwarancyjnej trwającej dłużej niż 2 dni robocze | licząc od daty przyjęcia do naprawy gwarancyjnej  ............................... , dni robocze  *(max. 2 dni robocze)* |

……………..…………………………………..

podpis i pieczątka upoważnionego

przedstawiciela Wykonawcy

**Załącznik nr 5**

Numer sprawy:**Nr sprawy 343/4-8/2020**

**OŚWIADCZENIE O NIEPODLEGANIU**

**WYKLUCZENIU Z POSTĘPOWANIA**

Nazwa Wykonawcy ...............................................................................................................................

Adres Wykonawcy .................................................................................................................................

Numer telefonu / faxu ............................................................................................................................

Adres e-mail ..........................................................................................................................................

Numer NIP i Regon ...............................................................................................................................

Z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego wyklucza się :

* wykonawcę, wobec którego orzeczono tytułem środka zapobiegawczego zakaz ubiegania się o zamówienia publiczne;
* wykonawców, którzy należąc do tej samej grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2015 r. poz. 184, 1618 i 1634), złożyli odrębne oferty, oferty częściowe lub wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu, chyba że wykażą, że istniejące między nimi powiązania nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.”,
* wykonawcę, który w sposób zawiniony poważnie naruszył obowiązki zawodowe, co podważa jego uczciwość, w szczególności gdy wykonawca w wyniku zamierzonego działania lub rażącego niedbalstwa nie wykonał lub nienależycie wykonał zamówienie, co zamawiający jest w stanie wykazać za pomocą stosownych środków dowodowych;

OŚWIADCZAM, ŻE NIE PODLEGAM WYKLUCZENIU Z POSTĘPOWANIA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA PODSTAWIE ART. 24 USTAWY.

…………………………………………….

podpis osoby uprawnionej

reprezentowania Wykonawcy