Załącznik nr 1

do WSZ-EP-6/ZO/2023

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Nazwa wykonawcy………………………………………………………..……………………………………………………………**

**Adres Wykonawcy………………………………………………………………….………………………………………………..…**

**TEL……………………………….… FAX………………………………………..….……… E-MAIL…………………………..……**

**NIP……………………………………………. REGON……………………………………………..**

Odpowiadając na Zapytanie ofertowe nr WSZ-EP-6/ZO/2023 na **“**Dostawę wyposażenia w ramach programu zwiększenie dostępności budynku głównego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie przy. ul. Szpitalnej"

**1.** Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia:

a) w zakresie pakietu 1

za cenę …………...............................................................................................................złotych brutto

b) w zakresie pakietu 2

za cenę …………...............................................................................................................złotych brutto

c) w zakresie pakietu 3

za cenę …………...............................................................................................................złotych brutto.

Integralną część oferty stanowi Formularz asortymentowo-cenowy.

**2.** Dostawę towaru stanowiącą przedmiot zamówienia zrealizujemy własnym środkiem transportu,   
na swój koszt i odpowiedzialność.

**3.** Oświadczam, że asortyment, na który została złożona niniejsza oferta posiada kompletne i aktualne dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie Polski zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i zobowiązuję się do ich natychmiastowego okazania na każde żądanie zamawiającego i w formie przez niego wskazanej.

**4.** Przedmiot zamówienia oraz warunki realizacji przedmiotu zamówienia zostały opisane w zapytaniu ofertowym nr WSZ-EP-6/ZO/2023 wraz z załącznikami, z którymi wykonawca zapoznał się i zaakceptował je w całości.

**5**.Oświadczamy, że przedmiot zamówienia na który została złożona oferta spełnia wszystkie wymagania opisane w załączniku nr 1 do zapytania ofertowego WSZ-EP -6/ZO/2023

**6**. Oświadczamy , że oferta jest ważna do momentu podpisania umowy z wybranym wykonawcą.

7. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

8."Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2022 r. poz. 835)."

**9.** Ponadto do oferty dołączono: (wypełnić o ile dotyczy)

1/……………………………………………………………….

2/……………………………………………………………….

**10.** Oferta została złożona na.......... ponumerowanych i podpisanych stronach.

Podpis i pieczęć osoby uprawnionej

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

Miejscowość………….............,data........................................

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

**Nazwa wykonawcy**………………………………………………………..………………………………………………………………………….………

**Adres Wykonawcy**……………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Oferujemy wykonanie zamówienia za ceny:

Pakiet 1

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | **Ilość szt** | **Cena netto**  **w zł**  **za 1 szt.** | **Wartość netto**  **w zł**  **(ilość szt. x cena netto w zł za 1 szt.)** | **Podatek VAT**  **% i zł** | **Wartość brutto**  **w zł**  **(wartość netto w zł + podatek VAT)** | **Nr katalogowy/ producent** |
| 1. | **Prześcieradła ewakuacyjne przeznaczone do przeprowadzenia szybkiej i bezpiecznej ewakuacji pacjentów o wadze do 150 kg lub cięższych. Prześcieradło umieszczane pod materacem łóżkowym do użycia w ciągu kilku sekund. Produkt jest wykonany z wytrzymałego poliestru lub innego trudnopalnego materiału antybakteryjnego** | 130 |  |  |  |  |  |
|  | **Razem:** | |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów** |
|  | **Dostawa prześcieradeł ewakuacyjnych dla zapewnienia komfortu bezpiecznej i efektywnej czasowo ewakuacji pacjentów ze szczególnymi potrzebami** |
|  |  |
| 1 | 100% poliester lub inny wytrzymały materiał antybakteryjny |
| 2 | Wymiary 210 x 85 cm (+/- 5 cm) |
| 3 | Prześcieradło pasujący do materacy o wymiarach 80-90 cm szerokości i 210 cm długości |
| 4 | Rozmiar z rozłożonymi klapami 310 x 260 cm (+/-10 cm) |
| 5 | Długość pasa od strony głowy min 140 cm |
| 6 | Długość pasa od strony stóp min 190 cm |
| 7 | Prześcieradło wyposażone w 4 narożne paski mocujące do materaca |
| 8 | Waga maksymalna 1 kg |
| 9 | Maksymalny udźwig nie mniejszy niż 150 kg |
| 10 | Produkt wykonany z materiału trudnopalnego |

Pakiet 2

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | **Ilość szt** | **Cena netto**  **w zł**  **za 1 szt.** | **Wartość netto**  **w zł**  **(ilość szt. x cena netto w zł za 1 szt.)** | **Podatek VAT**  **% i zł** | **Wartość brutto**  **w zł**  **(wartość netto w zł + podatek VAT)** | **Nr katalogowy/ producent** |
| 1. | **Dostawa i skonfigurowanie pętli indukcyjnych przenośnych** **dedykowanych dla osób słabo lub niedosłyszących** | 8 |  |  |  |  |  |
|  | **Razem:** | |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów** |
|  |  |
| 1 | maksymalny prąd wyjściowy ≥ 2 A RMS, |
| 2 | maksymalne napięcie wyjściowe ≥ 6,5 V RMS, |
| 3 | pasmo przenoszenia ≥ 100 - 9000 Hz,zgodność z normą IEC 60118-4, |
| 4 | wejścia: |
|  | * mikrofonowe, |
|  | * liniowe, |
| 5 | złącze wejściowe: |
|  | * Jack 3,5mm, |
|  | * terminal Phoenix, |
| 6 | masa całkowita ≤ 0,85 kg, |
| 7 | w zestawie wzmacniacz, mikrofon pastylkowy, przewód nadawczy instalowany pod blatem. |

Pakiet 3

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | **Ilość szt** | **Cena netto**  **w zł**  **za 1 szt.** | **Wartość netto**  **w zł**  **(ilość szt. x cena netto w zł za 1 szt.)** | **Podatek VAT**  **% i zł** | **Wartość brutto**  **w zł**  **(wartość netto w zł + podatek VAT)** | **Nr katalogowy/ producent** |
| 1. | **Dostawa identyfikatorów dla personelu** | 2000 |  |  |  |  |  |
|  | **Razem:** | |  |  |  |  |  |

**Opis wymaganych parametrów**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów** |
|  |  |
| 1 | Identyfikator wykonany z wysokiej jakości etui z twardego tworzywa na kartkę identyfiakacyjną papierową lub plastikową. Identyfikator zabezpieczony przed złamaniem, porysowaniem i innymi uszkodzeniami mechanicznymi. Posiadający otwór ułatwiający wymianę zawartości. Identyfikator umożliwiający jego przypięcie do elemetów odzieży za pomocą klipsa, agrafki lub karabińczyka - nie dopuszcza się tzw. smyczy lub łańcuszka |
| 2 | sztywna osłonka do wizytówek lub kart plastikowych i wizytówek |
| 3 | przezroczyste tworzywo typu plexi |
| 4 | wymiar wewnętrzny 90-100mm x 55-65mm |

1. Podane wynagrodzenie obejmuje wszystkie koszty wykonania przedmiotu zamówienia.

|  |  |
| --- | --- |
| Miejscowość…………...................................., data.......................................... | Podpis i pieczęć osoby uprawnionej ………………………………………….. |
|  |  |