Załącznik nr 1

do WSZ-EP-20/ZO/2023

**FORMULARZ OFERTOWY**

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

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

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

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

Odpowiadając na Zapytanie ofertowe nr WSZ-EP-20/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

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-20/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 -20/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. | **Krzesełka ewakuacyjne** | **7**  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem:** |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów** |
|  | Krzesełko ewakuacyjne ułatwiające zjazd po schodach; niewielkie rozmiary ułatwiające przechowywanie. Prosty i ekonomiczny produkt zapewniający bezpieczeństwo na każdej kondygnacji budynku. Z pokrowce ochronnym na wyposażeniu. Krzesło zaprojektowane, aby umożliwić osobie o ograniczonej sprawności ruchowej szybkie i bezpieczne przemieszczenie po schodach podczas ewakuacji. |
| 1 | Krzesełko ze stopów lekkich używane do przewożenia pacjentów w wysokich budynkach; zastosowanie schody |
| 2 | Krzesełko możliwe do obsługiwania przez tylko jeden operatora.  |
| 3 | Cztery koła ułatwiające poruszanie się po płaskich powierzchniach.  |
| 4 | Minimum dwa pasy zapewniające bezpieczeństwo pacjenta podczas transportu  |
| 5 | Kompaktowe niewielkie rozmiary, łatwość przenoszenia oraz łatwość sterylizacji i czyszczenia (odporność na stosowanie środków dezynfekujących) |
| 7 | Udźwig minimum 150 kg  |
| 8 | Waga urządzenia maksymalna ~~10kg~~ 11 kg |
| 9 | Wymiary złożony maksymalny 110 cm wys. x 60 cm szer. x ~~20 cm gł.~~ 21 cm gł |
| 10 | Wymiary rozłożony maksymalny 90 cm wys. x 55 cm szer. x ~~140 cm gł~~. 160cm gł |

**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. | **Waga najazdowa do wózków** | **8**  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem:** |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów** |
|  | Legalizowana, najazdowa, elektroniczna waga platformowa bariatryczna z funkcją BMI do ważenia pacjentów na wózkach inwalidzkich. Duża, płaska, antypoślizgowa platforma posiadająca wbudowaną poziomicę do regulacji poziomu. Boczne progi zabezpieczają przed zsunięciem się wózka; wygodny transport na co najmniej 2 kółkach. |
| 1 | Dopuszczalne obciążenie nie mniejsze niż 250 kg, |
| 2 | Dokładność odczytu nie gorsza niż 100 g,  |
| 3 | Funkcja TARA, HOLD, BMI, |
| 4 | Pamięć ~~5 standardów~~ minimum 1 standard TARA; ~~możliwość zapamiętania min. 5 rodzajów stand. obciążeń - np. wedle typów wózków~~ |
| 5 | Podświetlany wyświetlacz LCD,  |
| 6 | ~~Wbudowany interfejs RS232 (kabel do podłączenia z PC w zestawie)~~ |
| 7 | Poziomica do regulacji poziomu, |
| 8 | Zasilanie - bateryjne lub sieciowe (zasilacz w zestawie), |
| 9 | Wymiary maksymalne (dł. x szer. x wys.) - ~~1200x800x70 mm~~ 1200x1000x70 mm |
| 10 | Masa własna maksymalna 35 kg,  |
| 11 | Uchwyt i kółka do łatwego przenoszenia, |
| 12 | Niski profil platformy, |
| 13 | Waga medyczna spełniająca wymagania Dyrektywy 90/384/EWG o wagach nieautomatycznych podstawowe wymagania normy europejskiej DIN EN 45501 dyrektywy 93/42/EWG o wyrobach medycznych. Świadectwo legalizacji lub deklaracja zgodności, na której powinien być zawarty numer notyfikowany oraz zatwierdzenie typu zgodności wagi.  |

1. Podane wynagrodzenie obejmuje wszystkie koszty wykonania przedmiotu zamówienia.

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