**Rozdział II**

**FORMULARZ OFERTY**

Nazwa Wykonawcy:
………...………………………………………………………………………………………………………………………

Adres (siedziba) Wykonawcy: ………………..……………………………………………………………………………………………………………

Telefon: ……………………………………… Faks:…………………………………………………………

e-mail: ..............................................@....................................................................................................

*W przypadku oferty wspólnej należy podać nazwy wszystkich wykonawców składających ofertę wspólną, wskazać ustanowionego pełnomocnika oraz podać jego dane teleadresowe.*

**OFERTA (str. 1 z 9)**

w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego, na podstawie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych.

|  |  |
| --- | --- |
| Zamawiający: | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej „Sanatorium” im. Jana Pawła II w Górnie, ul. Rzeszowska 5, 36-051 Górno |
| Nazwa zamówienia: | **Dostawa łóżek szpitalnych dla Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej „Sanatorium” im. Jana Pawła II w Górnie** |

1. Oferuję wykonanie w/w zamówienia za:

Cenę netto ……………………zł (słownie:………..……………………………………………………………zł)

podatek VAT …………………zł (słownie:………..……………………………………………………………zł)

Cenę brutto:…………………zł (słownie:………………………………………………………………………zł)

2. Oświadczam, że zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług wybór oferty:

**nie będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego1)**

**będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w odniesieniu do**:**1)**

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

|  |  |
| --- | --- |
|  (nazwa towaru lub usługi) | (wartość bez kwoty podatku) |

**OFERTA (str. 2 z 9)**

3. Oświadczam, że na oferowany przedmiot zamówienia udzielam gwarancji na okres: ………………… miesięcy 2).

4. Zamówienie wykonam w terminie do 02.12.2019 r.

5. Części zamówienia, których wykonanie zamierzam powierzyć podwykonawcom: 3)

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

(określenie części) (firma podwykonawcy)

6. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane a w art. 13 lub 14 Rozporządzenia 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 (Dz.U. UE L 119 z 04.05.2016 r.). wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.4)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 1) Niepotrzebne skreślić.

2) Liczba miesięcy musi być liczbą całkowitą i nie może wynosić mniej niż 36.

3) Wypełnić jeżeli dotyczy. O ile jest to wiadome, podać firmy podwykonawców.

4) Wykreślić 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.

**OFERTA (str. 3 z 9)**

**FORMULARZ CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. Netto** | **Wartość netto** | **VAT** | **Wartość brutto** | **Nazwa handlowa, typ, model, nr katalogowy** | **Producent** |
| **Łóżko szpitalne** | **Szt.** | **20** |  |  |  |  |  |  |

**OFERTA (str. 4 z 9)**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Dostawa łóżek szpitalnych**

Producent (podać) :………………………………………………………………………………….

Typ (model) oferowanego łóżka (podać) :………………………………………………………

Rok produkcji (podać) :…………………………………………………………………………….

**PARAMETRY WYMAGANE (GRANICZNE) - Tabela 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Wartość wymagana** | **Parametr oferowany**(potwierdzić/podać) |
| **I. Wymagania ogólne** |
| 1 | Metalowa konstrukcja łóżka lakierowana proszkowo. Podstawa łóżka oraz przestrzeń pomiędzy podstawą a leżem pozbawiona kabli oraz układów sterujących funkcjami łóżka, łatwa w utrzymaniu czystości. Podstawa łóżka pantografowa lub kolumnowa podpierająca leże w minimum 6 punktach gwarantująca stabilność leża. | TAK PODAĆ |  |
| 2 | Długość całkowita: 220 cm (+/- 3 cm)Szerokość całkowita 102 cm (+/- 3 cm)  | TAK PODAĆ |  |
| 3 | Wolna przestrzeń pomiędzy podłożem a podwoziem nie mniej niż 15 cm umożliwiająca łatwy przejazd oraz wjazd do dźwigów osobowych | TAK PODAĆ |  |
| 4 | W narożnikach leża 4 krążki odbojowe, chroniące łóżko i ściany przed uderzeniami oraz otarciami. | TAK |  |
| 5 | Leże łóżka min. czterosegmentowe z czego min. trzy segmenty ruchome. | TAK PODAĆ |  |
| 6 | Leże wypełnione łatwo odejmowanymi panelami (bez konieczności użycia narzędzi) z tworzywa typu polipropylen odporne na działanie wysokiej temperatury, środków dezynfekujących oraz działanie UV. Segment oparcia pleców z możliwością szybkiego poziomowania - CPR. Segment wezgłowia wypełniony płytą HPL (który może być montowany na stałe) wraz z tunelem na kasetę RTG. | TAK PODAĆ |  |
| 7 | Autoregresja segmentu oparcia pleców min 9 cm | TAK PODAĆ |  |
| **OFERTA (str. 5 z 9)** |
| 8 | W narożnikach leża tuleje do mocowania wieszaka kroplówki oraz w części wezgłowia wysięgnika z uchwytem do ręki | TAK |  |
| **II. Sterowanie funkcjami łóżka** |
| 1 | Panel w barierkach od wewnątrz dla pacjenta, umożliwiający czytelne zastosowanie funkcji takich jak min.: Regulacja wezgłowia, pozycja fotelowa, regulacja wysokości leża, regulacja uda. | TAK PODAĆ |  |
| 2 | Panel dla personelu medycznego po stronie zewnętrznej barierek, panel z wyświetlaczem LCD pokazujący uruchomioną funkcję. | TAK |  |
| 3 | Funkcja CPR sterowana elektrycznie | TAK |  |
| 4 | Panel sterujący chowany pod leżem w półce do odkładania pościeli z możliwością instalacji go na szczycie łóżka. Panel wyposażony w podwójne zabezpieczenie przed przypadkowym uruchomieniem funkcji elektrycznych (Dostępność funkcji przy jednoczesnym zastosowaniu przycisku świadomego użycia) z możliwością blokady poszczególnych funkcji pilota. Panel sterujący wyposażony w funkcję min.: regulacji segmentu oparcia pleców, uda, wysokości leża, pozycji wzdłużnych, funkcji anty-szokowej, egzaminacyjnej, CPR, krzesła kardiologicznego. Posiada również optyczny wskaźnik naładowania akumulatora oraz podłączenia do sieci. | TAK PODAĆ |  |
| 5 | Pilot przewodowy | TAK |  |
| **III. Elektryczne regulacje:** |
| 1 | Elektryczna regulacja wysokości leża w zakresie przynajmniej od 400 do 750mm. | TAK PODAĆ |  |
| 2 | Łóżko wyposażone w pedał min. z jednej strony do regulacji wysokości, min. góra – dół. | TAK PODAĆ |  |
| 3 | - segment oparcia pleców od 0 do 75 stopni (+/- 50) - pozycja Trendelenburga od 0 do 15 stopni (+/- 20) - pozycja anty-Trendelenburga od 0 do 15 stopni (+/- 20)- segment uda od 0 do min. 30 stopni  | TAK PODAĆ |  |
| 4 | Akumulator wbudowany w układ elektryczny łóżka podtrzymujący sterowanie łóżka przy braku zasilania sieciowego. | TAK  |  |

**OFERTA (str. 6 z 9)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 5 | Szczyty łóżka wykonane z tworzywa, wypełnione wklejką kolorystyczną dostępną w minimum 6 kolorach. Możliwość zabezpieczenia szczytów przed przypadkowym wyjęciem. | TAK PODAĆ |  |
| 6 | Łóżko wyposażone w opuszczane ruchem kulistym, tworzywowe barierki boczne, zabezpieczające pacjenta na całej długości leża zgodne z norma medyczną ICE 60601-2-52. Opuszczanie oraz podnoszenie barierek bocznych w łatwy sposób za pomocą jednej ręki, wspomagane pneumatyczne. Barierki od strony głowy poruszające się wraz z segmentem oparcia pleców.Wysokość barierek bocznych zabezpieczająca pacjenta minimum 40 cm. Barierki boczne wykonane z tworzywa, wypełnione wklejką kolorystyczną dostępną w minimum 6 kolorach. | TAK PODAĆ |  |
| 7 | Wysuwana półka na prowadnicach teleskopowych do odkładania pościeli z miejscem na panel centralny. | TAK |  |
| 8 | Przedłużenie leża minimum 20 cm,Łóżko wyposażone w dodatkowe elementy uzupełniające leże po przedłużeniu. | TAK PODAĆ |  |
| 9 | Koła o średnicy min. 150mm (+/-10mm) z systemem sterowania jazdy na wprost i z centralnym systemem hamulcowym. System obsługiwany dźwigniami. | TAK PODAĆ |  |
| 10 | Bezpieczne obciążenie robocze minimum 250 kg. | TAK PODAĆ |  |
| 11 | Łóżko wyposażone w system ważenia (waga) zintegrowana z konstrukcją łóżka, - funkcja zamrażania (zerowania)- dokładność pomiarów min. 100gram. | TAK PODAĆ |  |
| 12 | Układ elektryczny spełniający wymagania IPX6 | TAK |  |
| 13 | Łóżko wyposażone w: - wieszak kroplówki wyprofilowany do środka- uchwyt ręki- uchwyt uniwersalny np. na worki urologiczne- po obu stronach łóżka listwy aluminiowe lub ze stali nierdzewnej do montażu dodatkowego wyposażenia | TAK PODAĆ |  |
|  |  |  |  |
| **OFERTA (str. 7 z 9)** |
| 14 | * Deklaracja zgodności CE
* Wpis/zgłoszenie/powiadomienie do Rejestru Wyrobów Medycznych
 | TAK  |  |
| 15 | Szkolenie obsługi, szkolenie personelu technicznego przy odbiorze technicznym produktów | TAK |  |
| 16 | Bezpłatny przegląd techniczny w okresie gwarancji przynajmniej raz w roku | TAK |  |
| 17 | Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat | TAK PODAĆ |  |
| 18 | W okresie pogwarancyjnym możliwość zakupu części zamiennych przez okres 10 lat | TAK |  |
| 19 | Czas reakcji serwisu max. 48 godz. | TAK |  |
| 20 | Możliwość wyboru kolorów wypełnień wkładek. | TAK PODAĆ |  |
| 21 | Oświadczamy, że oferowany sprzęt, wchodzący w skład niniejszego zadania jest kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji | TAK |  |

***Uwaga:*** *W powyższej tabeli (Tabela 1) należy potwierdzić wszystkie wymagane parametry poprzez wpisanie w rubryce „Parametr oferowany” słowa „TAK”* ***a******wszędzie tam gdzie jest takie wskazanie podać parametry oferowane****. Oferowany sprzęt musi spełniać wszystkie określone jako wymagane parametry. Są to parametry minimalne, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty.*

**OFERTA (str. 8 z 9)**

**PARAMETRY OCENIANE - Tabela 2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów ocenianych** | **Punktacja** | **Parametr oferowanyTAK/NIE** |
| **I. Wymagania ogólne** |
| 1 | Podstawa łóżka podpierająca leże w minimum 8 punktach gwarantująca stabilność leża | TAK – 5 pktNIE – 0 pkt |  |
| 2 | Krążki odbojowe stożkowe uniemożliwiające przypadkowe wyrwanie parapetów okiennych lub listew ściennych przy regulacji wysokości łóżka. W części wezgłowia krążki dwuosiowe. | TAK - 2 pktNIE – 0 pkt |  |
| 3 | Łóżko pięciosegmentowe | TAK – 5 pktNIE – 0 pkt |  |
| 4 | Możliwością powieszenia drenażu lub woreczków urologicznych na barierkach, min. cztery uchwyty stanowią część barierek bocznych | TAK – 3 pktNIE – 0 pkt |  |
| 5 | Uchwyt ręki wyposażony w dodatkowe haczyki na płyny infuzyjne | TAK – 3 pktNIE – 0 pkt |  |
| **II. Sterowanie funkcjami łóżka** |
| 1 | Możliwość położenia segmentu oparcia pleców w pozycji 150, 300, 450 za pomocą 3 przycisków (dla każdego z kątów oddzielny przycisk). | TAK – 5 pktNIE – 0 pkt |  |
| 2 | Panel centralny wyposażony w dodatkowy przycisk umożliwiający dowolne zaprogramowanie dowolnej pozycji. | TAK – 5 pktNIE – 0 pkt |  |
| 3 | Pilot przewodowy z wyświetlaczem LCD (wyświetlana informacja o wybranej funkcji)  | TAK – 2 pktNIE – 0 pkt |  |
| 4 | Możliwość tymczasowego przywrócenia wszystkich funkcji w pilocie oraz w panelu sterującym od strony zewnętrznej barierek (Po upływie określonego czasu funkcje elektryczne zostają automatycznie zablokowane) | TAK – 5 pktNIE – 0 pkt |  |
| **III. Elektryczna regulacja** |
| 1 | Elektryczna regulacja wysokości łóżka w zakresie góra/dół > 55 cm | TAK – 6 pktNIE – 0 pkt |  |
| 2 | Funkcja egzaminacyjna (wyrównanie poszczególnych segmentów i podniesienie całego leża) | TAK – 6 pktNIE – 0 pkt |  |
|  |  |
| **OFERTA (str. 9 z 9)** |
| 3 | Pedał nożny do sterowania z dwóch stron łóżka | TAK – 10 pktNIE – 0 pkt |  |
| 4 | Możliwość regulacji segmentu uda powyżej 45 stopni | TAK – 3 pktNIE – 0 pkt |  |

***Uwaga:*** *W powyższej tabeli (Tabela 2) należy wypełnić wszystkie pozycje poprzez wpisanie w rubryce „Parametr oferowany” słowa „TAK” lub „NIE” – zgodnie ze stanem faktycznym. Jeżeli Wykonawca pozostawi rubrykę(-i) pustą(-e), lub wypełni w sposób nieprawidłowy, niezgodny z powyższą instrukcją nie spowoduje to odrzucenia oferty jednakże danej pozycji przypisana zostanie wartość - 0 pkt.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ......................................... | ..............................r. | ............................................................... |
| (miejscowość) | (data) | (podpis Wykonawcy) |