

.....
(Pieczęć wykonawcy)

Dane kontaktowe Wykonawcy:

(w przypadku podmiotów występujących wspólnie wypełnić dla każdego podmiotu):

Nr telefonu:

Nr fax:

e-mail:

wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarcze/KRS
nr

FORMULARZ OFERTOWY

Data:

Wykonawca/konsorcjum:

.....

.....

.....

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym na wykonanie zamówienia: **Dostawa sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Pszczynie – dostawa Cyfrowego Aparatu RTG śródoperacyjnego z ruchomym Ramieniem C**, ogłoszenia opublikowanego na stronach Biuletynu Zamówień Publicznych, w siedzibie Zamawiającego i na stronie internetowej Zamawiającego, oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

I. Kryterium Cena ofertowa:

a. cena netto : zł

(słownie:
.....)

b. podatek VAT (8% zgodnie z obowiązującymi przepisami)zł

(słownie:
.....)

c. cena brutto (łącznie z podatkiem VAT) zł

(słownie:.....
.....)

wyliczoną zgodnie z tabelarycznym zestawieniem zawartym poniżej:

Lp.	Przedmiot dostawy	Ilość sztuk	Cena jednostkowa netto
1	CYFROWY APARAT RTG ŚRODOPERACYJNY Z RUCHOMYM RAMIENIEM C	1 sztuka	
Ogółem wartość netto:			
Podatek VAT 8%			
Ogółem wartość brutto:			

KRYTERIA POZACENOWE odnoszące się do przedmiotu zamówienia:

II. OKRES GWARANCJI:

Dla przedmiotowego zamówienia oferuję okres gwarancji na przedmiot umowy
(określony w miesiącach) tj.: miesięcy.

(wpisać liczbę miesięcy)

W przypadku, gdy Wykonawca nie zadeklaruje żadnego okresu gwarancji Zamawiający przyjmie, że Wykonawca nie deklaruje wydłużenia okresu gwarancji poza minimalne 24 miesiące.

(Zapis pkt XXI simz)

III. TERMIN REALIZACJI DOSTAWY

Termin realizacji dostawy: dni od dnia podpisania umowy
(należy wpisać liczbę dni)

W przypadku, gdy Wykonawca nie zadeklaruje żadnego terminu realizacji dostawy Zamawiający przyjmie, że Wykonawca nie deklaruje skrócenia terminu realizacji dostawy. (Zapis pkt XXI simz).

IV. PARAMETRY TECHNICZNE „JAKOŚĆ”:

Kryterium Parametry techniczne „Jakość” wynikać będzie z poniższej Tabeli.(poz. 3; 12 ;13; 48; 49)

Parametry oferowanego sprzętu medycznego:

Cyfrowy Aparat RTG śródoperacyjny z ruchomym Ramieniem C

Producent: (podać)

Kraj: (podać)

Urządzenie typ/model..... (podać)

Nr katalogowy:..... (podać)

Rok produkcji: (nie starszy niż z 2019 roku, nowy, niedemonstracyjny, nie używany do prezentacji czy wystaw)

Lp.	Minimalne parametry/warunki przedmiotu zamówienia	Parametr wymagany	Wartość oferowanych parametrów. Potwierdzenie (TAK) Zaprzeczenie (NIE) Obowiązkowo podać ZAKRESY i OPISY:
1.	2.	3.	4.
GENERATOR			
1.	Zasilanie jednofazowe.	230V/ 50 Hz	TAK
2.	Zakres dopuszczalnych wahań napięcia zasilającego.	+/- 10%	TAK

3	Moc generatora. Moc generatora w przedziale od 2 do 2,4 kW to 0 pkt	2 – 2,4 kW – 0 pkt.	Należy wpisać moc generatora: kW
	Moc generatora równa lub większa niż 2,5 kW to 5 pkt Należy podać w kolumnie czwartej	≥ 2,5 kW – 5 pkt.		
4.	Typ generatora, wysokiej częstotliwości.	≥40 kHz	TAK	
5.	Prąd dla trybów fluoroskopii.	≥12 mA	TAK.	
6.	Radiografia cyfrowa.	Tak	TAK	
7.	Prąd radiografii konwencjonalnej i cyfrowej.	≥20 mA	TAK	
8.	Układ minimalizujący dawkę przy skopii low dose		TAK	
9.	Zakres napięć fluoroskopii i radiografii	≥40-110 kV	TAK	
10.	Automatyka doboru parametrów skopii	Tak	TAK	
11.	Skopia pulsacyjna	≥ 8 pulsów/s	TAK	
12.	Fluoroscopia ciągła. Należy podać w kolumnie czwartej potwierdzenie (TAK) zaprzeczenie (NIE)		TAK – 5 pkt. NIE – 0 pkt.	
LAMPA				
13.	Lampa ze stacjonarną anodą Należy podać w kolumnie czwartej jednoogniskowa czy dwuogniskowa.	jednoogniskowa – 0 pkt. dwuogniskowa – 5 pkt.	
14.	Totalna filtracja.	≥ 3,3 mm Al.	TAK	
15.	Pojemność cieplna anody.	≥ 76 kWh	TAK	

16.	Pojemność cieplna kolpaka	≥ 900 kHU	TAK	
17.	Szybkość chłodzenia anody	≥ 37 kHU/min	TAK	
18.	Kolimator typu IRIS		TAK	
19.	Kolimator szczelinowy z rotacją		TAK	
20.	Ustawienie kolimatorów na zamrożonym obrazie bez użycia promieniowania		TAK	
WÓZEK Z RAMIENIEM C				
21.	Głębokość ramienia C	≥ 66 cm	TAK	
22.	Odległość kolpak - wzmacniacz obrazu (wolna przestrzeń)	≥ 78 cm	TAK	
23.	Odległość SID	≥ 100 cm	TAK	
24.	Zakres ruchu poziomego ramienia C	≥ 20 cm	TAK	
25.	Zakres ruchu pionowego ramienia C	≥ 44 cm	TAK	
26.	Zakres obrotu ramienia C wokół osi pionowej (WigWag)	$\pm 12,5^{\circ}$	TAK	
27.	Zmotoryzowany ruch pionowy		TAK	
28.	Całkowity zakres obrotu ramienia wokół osi poziomej	$\pm 205^{\circ}$	TAK	
29.	Zakres ruchu orbitalnego	$\geq 120^{\circ}$	TAK	
30.	Ramię C zbalansowane w każdej pozycji.		TAK	
31.	Urządzenie zabezpieczające przed najeżdżaniem na leżące przewody.		TAK	
32.	Pojedyncza dźwignia służąca do sterowania kołami aparatu, hamowanie przyciskiem nożnym z obu stron aparatu, aretaż kół względem osi stołu z możliwością zahamowania.		TAK	
33.	Do pracy pedał nożny z możliwością włączania promieniowania i zapisu oraz włącznik ręczny.		TAK	

34.	Uchwyt na wzmacniaczu obrazu do łatwego pozycjonowania ramienia podczas zabiegu		TAK	
35.	Panel dotykowy do sterowania funkcjami generatora oraz aparatu montowany na wózku.		TAK	
36.	Panel min. 10" z możliwością obrotu o min. 260° Rozdzielczość panelu dotykowego min. 1280x800		TAK	
37.	Szerokość wózka ramienia C	≤ 79cm	TAK	
38.	Waga wózka z ramieniem C	≤ 310 kg	TAK	
39.	Hamulce ruchów ramienia C fabrycznie oznaczone kolorami (każdy hamulec innym)		TAK	
WZMACNIACZ OBRAZU				
40.	Średnica nominalna	≥ 9"	TAK	
41.	Ilość pól wzmacniacza obrazu	≥ 3	TAK	
42.	Rozdzielczość kamery CCD	≥1024 x 1024	TAK	
43.	Współczynnik DQE	≥65%	TAK	
44.	W pełni cyfrowy przekaz obrazu		TAK	
MONITOR, TOR WIZYJNY				
45.	Monitor umieszczony na wspólnym wózku z ramieniem C z prezentacją jednoczasową obrazu żywego i referencyjnego w pełnej wielkości w pełnym formacie (nie miniatury) (obraz żywy i referencyjny)	Monitory, rozdzielczość ≥1920 x1080 i luminacji ≥ 600 cd/m ²	TAK	
46.	Monitor	Przekątna monitora ≥27"	TAK	
47.	Możliwość ustawienia monitora ze wszystkich czterech stron systemu. Monitor zamontowany na przegubowym ramieniu.		TAK	

48.	Uchwyt na obudowie monitora do łatwego sterowania. Należy podać w kolumnie czwartej potwierdzenie (TAK) zaprzeczenie (NIE)		TAK – 5 pkt. NIE – 0 pkt.	
49.	Zakres ruchu monitora w osi pionowej bez zmiany wysokości kolumny . Należy podać w kolumnie czwartej potwierdzenie (TAK) zaprzeczenie (NIE)	≥ 35 cm	TAK – 5 pkt. NIE – 0 pkt.	
50.	Zakres regulacji monitora	- 25° do +5°	TAK	
51.	Kąt widzenia obrazu	$\geq 175^\circ$	TAK	
52.	Wyjście TV OUT do podłączenia dodatkowego monitora lub systemów nawigacji		TAK	
53.	Ilość obrazów wyświetlana jednocześnie na monitorze	≥ 16 obrazów	TAK	
54.	Matryca obrazu zapamiętanego, skala szarości w procesingu	$\geq 1024 \times 1024$ pikseli ≥ 12 bit	TAK	
55.	Pojemność pamięci na dysku twardym.	$\geq 100\ 000$ obrazów	TAK	
56.	Archiwizacja poprzez port USB – zapis obrazów w formacie umożliwiającym odtworzenia zdjęć na dowolnym komputerze bez konieczności posiadania dodatkowego oprogramowania		TAK	
57.	Archiwizacja obrazów w formacie JPG lub RAW lub BMP z możliwością rozbudowy o archiwizację poprzez USB obrazów w formacie DICOM z automatycznym dogrywaniem przeglądarki zdjęć		TAK	
58.	Funkcja „Last Image Hold” (LIH)		TAK	
59.	Automatyka parametrów fluoroskopii		TAK	
60.	ZOOM	$\geq x 4$	TAK	
61.	Cyfrowe odwracanie obrazu góra/dół, lewo/prawo na monitorze, obraz lustrzany, obraz lustrzany		TAK	

62.	Obrót obrazu płynny cyfrowy bez ograniczeń kąta i kierunku obrotu i wyzwiania dodatkowych dawek promieniowania	TAK	
63.	Średnica widocznego obrazu	≥ 29 cm	TAK
64.	Obrazowanie umożliwiające automatyczne wykrywanie metalu w polu operacji	TAK	
65.	Automatyczne dopasowanie obszaru badania	TAK	
66.	Automatyczna regulacja jasności monitora w zależności od oświetlenia Sali	TAK	
67.	Bezpośredni pomiar dawki promieniowania	TAK	
68.	Raport dawki pacjenta	TAK	
WYPOSAŻENIE DODATKOWE			
69.	Oprogramowanie DICOM 3.0	TAK	
70.	Celownik laserowy od strony wzmacniacza obrazu	TAK	
WARUNKI GWARANCJI I SERWISU			
1.	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie usterki do 48h w dni robocze.	TAK	
2.	Czas usunięcia usterki, awarii do 5 dni roboczych od momentu zgłoszenia.	TAK	
3.	Gwarancja min. 24 miesiące.	TAK/podać miesiące
4.	Instrukcja obsługi w języku polskim.	TAK	
5.	Przeprowadzenie testów akceptacyjnych i specjalistycznych aparatu i monitora.	TAK	
6.	Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny zapewnią firmy wskazane przez Wykonawcę – podać w załączeniu wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania tych czynności Dz. U. z 2017 r. poz. 211 art. 90 ust. 4) (PODAĆ LUB ZAŁĄCZYĆ)	TAK	

7.	Przekazanie pełnego dostępu do wykonywania czynności serwisowych w dostarczonych urządzeniach medycznych po upływie okresu gwarancji – przekazanie kluczy serwisowych	TAK	
8.	Bezpłatne przeglądy techniczne w okresie gwarancji: minimum jeden przegląd techniczny na koniec każdego roku gwarancji.	TAK	

Poniżej oświadczamy, że:

1. Zapoznaliśmy się z zakresem i opisem dostawy stanowiącym przedmiot zamówienia i zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty,
2. Oświadczamy, iż przedmiot oferty jest zgodny z opisem przedmiotu zamówienia;
3. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą w okresie 30 dni, licząc od upływu terminu składania ofert,
4. Zrealizujemy przedmiot zamówienia w terminie podanym w pkt. III niniejszego Formularza Ofertowego,
5. Zobowiązujemy się do dostarczenia przedmiotu zamówienia w miejsce dostawy: Blok operacyjny - Szpital Powiatowy w Pszczynie, ul. Antesa 11, 43-200 Pszczyna
6. Przyjmujemy bez zastrzeżeń wszystkie warunki, w tym warunki płatności, ujęte w istotnych postanowieniach umowy stanowiących załącznik Nr 7 do SIWZ,
7. Przystąpimy do podpisania umowy w czasie nie krótszym niż 5 dni od daty otrzymania powiadomienia o wyborze naszej oferty,
8. Oświadczamy, że za wyjątkiem informacji i dokumentów zawartych w ofercie na stronach, niniejsza oferta oraz wszelkie załączniki do niej są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnice przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Zastrzeżone przez nas informacje na wskazanych stronach nie mogą być udostępniane.

Powyższe informacje zostały zastrzeżone, jako tajemnica przedsiębiorstwa z uwagi na *(proszę wykazać, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa):*

.....

9. Informuję, że wybór naszej oferty **będzie / nie będzie** ^{*(niepotrzebne skreślić)} prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego. Nazwa (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawca lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania:

.....
 Ich wartość bez kwoty podatku:

10. **OŚWIADCZAMY**, że następujące części (zakresy) zamówienia wykonamy z udziałem podwykonawców (**wypełnić jeżeli dotyczy**):

Zakres	Podwykonawca (nazwa i adres)

11. **Rodzaj przedsiębiorstwa jakim jest Wykonawca (zaznaczyć właściwą opcję)** ⁽³⁾

- Mikroprzedsiębiorstwo
- Małe przedsiębiorstwo
- Średnie przedsiębiorstwo

12. oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO⁴⁾ wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.*

.....

Pieczętka firmowa:

.....
 podpis Wykonawcy osoby/osób uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

⁽⁴⁾ wypełnić, o ile wybór oferty prowadziłby do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług w przeciwnym razie pozostawić niewypełnione

⁽²⁾ j/w przypis 1.

⁽³⁾ w przypadku Wykonawców składających ofertę wspólną należy wypełnić dla każdego podmiotu osobno.

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.