

.....  
(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 zestawu video endoskopowego (gastroskopowo – kolonoskopowy) oraz myjni endoskopowej - CZEŚĆ 2 - MYJNIA ENDOSKOPOWA** 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 <b>jednostkowa netto</b>
1.	<b>MYJNIA ENDOSKOPOWA</b>	1	
<b>Ogółem wartość netto:</b>			
<b>Podatek VAT 8%</b>			
<b>Ogółem wartość brutto:</b>			

**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 smz)*

### III. TERMIN REALIZACJI DOSTAWY

Termin realizacji : ..... **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 smz)*.

### IV. PARAMETRY TECHNICZNE „JAKOŚĆ”:

Kryterium „Jakości” wynikać będzie z poniższej Tabeli. W tabeli poniżej należy zamieszczać odpowiedzi: Potwierdzenie **(TAK)** Zaprzeczenie **(NIE)**. **Należy obowiązkowo podać ZAKRESY i OPISY.**

#### Parametry oferowanego sprzętu medycznego:

##### **A. MYJNIA ENDOSKOPWA.**

Producent: ..... (podać)

Kraj: ..... (podać)

Urządzenie typ/model..... (podać)

Nr katalogowy:..... (podać)

Rok produkcji: ..... (nie starszy niż z 2018 roku, nowy, niedemonstracyjny, nie używany do prezentacji czy wystaw)

Lp.	Minimalne parametry/warunki przedmiotu zamówienia	Parametr wymagany (TAK)	Wartość oferowanych parametrów. Potwierdzenie (TAK) Zaprzeczenie (NIE)  <b>Obowiązkowo podać ZAKRESY i OPISY:</b>
1.	Mycie i dezynfekcja wszystkich typów zanurzalnych endoskopów giętkich - 2 urządzenia jednocześnie.	TAK:	
2.	Wbudowany kompresor i rękojeść pistoletowa do osuszania kanałów i zewnętrznych powierzchni endoskopu.	TAK – 10 pkt lub NIE – 0 pkt (kryterium „Jakość”: opcja do wyboru TAK lub NIE , należy wpisać w kolumnie obok:)	

3.	Możliwość wielokrotnego użycia płynu dezynfekującego – zamknięty system wielokrotny proces, Dowolność stosowania środków dezynfekcyjnych. Środek myjący stosowany jednorazowo.	TAK:	
4.	Wyświetlacz wskazujący fazy danego cyklu; Panel informacyjny LCD.	TAK:	
5.	Czas mycia (regulowany): 0 sek.- 3min.	TAK:	
6.	Czas dezynfekcji (regulowany): 1min.- 1h	TAK:	
7.	Detergent: czas dozowania regulowany 0-60 sek. (natrysk lub namaczanie)	TAK – 10 pkt Lub NIE – 0 pkt (kryterium „Jakość”: opcja do wyboru TAK lub NIE , należy wpisać w kolumnie obok:)	
8.	Czas płukania (regulowany): 0 sek.- 3min	TAK:	
9.	Tryb pracy automatyczny z możliwością regulacji czasu dezynfekcji i mycia.	TAK:	
10.	Test szczelności.	TAK:	
11.	Wymuszony odpływ płynów z komory dezynfekcyjnej.	TAK:	
12.	Napełnianie i opróżnianie środka dezynfekcyjnego.	TAK:	
13.	Opcja przepłukania alkoholem	TAK:	
14.	Pojemność zbiornika: Dezynfektant: 15L, Alkohol: 1,5L, Detergent: 1,5L	TAK:	
15.	System pomp: Pompa testu szczelności, Pompa powietrza, Pompa odpływu, Pompa dezynfektantu, Pompa wodna, Pompa alkoholu, Pompa detergentu	TAK:	
16.	System filtracji: Filtr wstępny (0,2 mikrona)	TAK:	

17.	Sposoby mycia: Powierzchnie zewnętrzne, Mycie bieżącą wodą, Mycie z użyciem detergentu ; Wnętrza kanałów: Przepływ płynów, Powietrze, Alkohol; Akcesoria (Zawory: Ssanie, Powietrze, Woda, itp.)	TAK:	
18.	Sposoby dezynfekcji: Powierzchnie zewnętrzne: Zanurzenie w środku dezynfekcyjnym; Wnętrza kanałów: Przepływ środka dezynfekcyjnego, Alkohol, Powietrze ; Akcesoria (Zawory: Ssanie, Powietrze, Woda, itp.): Zanurzenie w środku dezynfekcyjnym.	TAK:	
19.	Dokumentowanie przebiegu procesu mycia i dezynfekcji i płukania + opcja: Wbudowana drukarka Opcja: podłączenie systemu rejestracji endoskopów RFID dodatkowe informacje na wydruku identyfikacja endoskopu.	TAK:	
20.	System druku (cały proces): Data i godzina rozpoczęcia procesu; Proces Mycia, Płukania, Dezynfekcji; Godzina zakończenia procesu; Temperatura środka dezynfekcyjnego Ilość użyć środka dezynfekcyjnego.	TAK	
21.	Dezynfekcja wody Opcja - wbudowana lampa UV OPCJA.	TAK:	
22.	2 wyjścia na test szczelności, 6 wyjść na kanały robocze, awaryjny spust środka dezynfekcyjnego/detergentu/alkoholu	TAK:	
23.	Prysznic powietrzny po procesie mycia zmniejszający ryzyko rozcieńczania płynu dezynfekującego	TAK – 10 pkt lub NIE – 0 pkt (kryterium Jakość : opcja do wyboru TAK lub NIE , należy wpisać w kolumnie obok:)	
24.	Podłączenie do instalacji hydraulicznej, oraz sieci elektrycznej jednofazowej: Podłączenie hydrauliczne: zawór 1/2 lub 3/4 cala, odpływ kanalizacyjny, gniazdo sieciowe jednofazowe AC220-240V:50/60Hz	TAK:	

25.	Wymaganie elektryczne: AC220 – 240 V, 50/60 Hz	TAK:	
26.	Zużycie energii: max 2.0 kVA	TAK:	
27.	Wymiary/ Waga max: 630x700x980 / 90kg	TAK:	
28.	Przylącze do myjni kompatybilne z posiadanym przez użytkownika sprzętem KOLONOSKOP OLYMPUS SF-Q165L	TAK:	
<b>WARUNKI GWARANCJI I SERWISU</b>			
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	
4.	Instrukcja obsługi w języku polskim.	TAK:	
5.	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) ( <b>PODAĆ LUB ZAŁĄCZYĆ</b> )	TAK:	
6.	Przekazanie pełnego dostępu do wykonywania czynności serwisowych urządzenia medycznego po upływie okresu gwarancji – przekazanie kluczy serwisowych.	TAK:	
7.	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: Dział Endoskopii, 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. **Rodzaj przedsiębiorstwa jakim jest Wykonawca (zaznaczyć właściwą opcję) <sup>(3)</sup>**

- Mikroprzedsiębiorstwo

- Małe przedsiębiorstwo

- Średnie przedsiębiorstwo

10. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>4)</sup> 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

<sup>(1)</sup> 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

<sup>(2)</sup> j/w przypis 1.

<sup>(3)</sup> 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.

**ZAKAZUJE SIĘ DOKONYWANIA ZMIAN W TREŚCI  
UDOSTĘPNIANEGO ZAŁĄCZNIKA !!**