**ZP/UR/140/2018 Załącznik nr 1 do Siwz**

**– po zmianie Siwz z dnia 29.10.2018 r.**

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

pieczęć Wykonawcy (jeżeli posiada)

Nazwa i adres Wykonawcy:…………………………….................................................................

………………………………………………………………………………………………………………

NIP: .............................................. Regon: ..............................................

Tel..…………………………………. Tel. kom: ……………………………….

Fax.……………............................ E-mail:……………………………...……

**Osoba do bezpośredniego kontaktu:** ………………………………………………….……………

Tel. ……………………………..…. E-mail: …………………..………………

**O F E R T A**

W związku z ogłoszonym postępowaniem pn.: ***„Dostawa sprzętu medycznego oraz urządzeń w ramach projektu: SIMhealth – pielęgniarstwo i położnictwo XXI wieku. Rozwój kształcenia praktycznego Pielęgniarek i Położnych z wykorzystaniem Monoprofilowego Centrum Symulacji Medycznej na Wydziale Medycznym Uniwersytetu Rzeszowskiego”*** oferuję wykonanie zamówienia **za następującą cenę:**

***Pouczenie:***

*- Wykonawca wypełnia tylko pola dotyczące zadań na które składa ofertę.*

*- Zadania są od siebie niezależne, wykonawca może złożyć ofertę na dowolną ilość zadań.*

*- Cena oraz Okres gwarancji jakości stanowią kryteria oceny ofert !*

**Zadanie nr 1. Urządzenia medyczne – pakiet nr 1. (Łózko na stanowisko intensywnej terapii, lampa zabiegowa, łóżko szpitalne ortopedyczne, łóżko szpitalne domowe, wózek transportowy, łóżko szpitalne specjalistyczne z przechyłami bocznymi).**

................... zł netto (słownie: ..........................................................................................................).

................... zł vat (słownie: ...........................................................................................................).

................... zł brutto (słownie: ......................................................................................................).

w tym:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Poz.** | **Przedmiot zamówienia\*** | **Cena jednostkowa netto [zł]** | **Ilość**  **(szt.)** | **Wartość netto** |
| 1 | **ŁÓŻKO NA STANOWISKO INTENSYWNEJ TERAPII** |  | **2** |  |
| 2 | **LAMPA ZABIEGOWA** |  | **3** |  |
| 3 | **ŁÓŻKO SZPITALNE ORTOPEDYCZNE** |  | **1** |  |
| 4 | **ŁÓŻKO PACJENTA DOMOWE** |  | **1** |  |
| 5 | **WÓZEK TRANSPORTOWY** |  | **1** |  |
| 6 | **ŁÓZKO SZPITALNE SPECJALISTYCZNE Z PRZECHYŁAMI BOCZNYMI** |  | **1** |  |
| **RAZEM WARTOŚĆ NETTO [ZŁ]:** | | |  |  |
| **VAT [ZŁ]** | | |  |  |
| **RAZEM WARTOŚĆ BRUTTO [ZŁ]** | | |  |  |

**Na dostarczone urządzenia udzielamy GWARANCJI JAKOŚCI wynoszącej: ……………. miesięcy**.

(**Uwaga:** *minimalny okres gwarancji jakości wynosi 36 miesięcy. Okres gwarancji jakości* należy podać w pełnych miesiącach).

**----------------- --------------------- ---------------------**

**Zadanie nr 2. Urządzenia medyczne – pakiet nr 2. (Defibrylator manualny z funkcją AED)**

................... zł netto (słownie: ..........................................................................................................).

................... zł vat (słownie: ...........................................................................................................).

................... zł brutto (słownie: ......................................................................................................).

w tym:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Poz.** | **Przedmiot zamówienia\*** | **Cena jednostkowa netto [zł]** | **Ilość**  **(szt.)** | **Wartość netto** |
| 1 | **DEFIBRYLATOR MANUALNY Z FUNKCJĄ AED** |  | **2** |  |
| 2 | **DEFIBRYLATOR MANUALNY Z FUNKCJĄ AED** |  | **1** |  |
| **RAZEM WARTOŚĆ NETTO [ZŁ]:** | | |  |  |
| **VAT [ZŁ]** | | |  |  |
| **RAZEM WARTOŚĆ BRUTTO [ZŁ]** | | |  |  |

**Na dostarczone urządzenia udzielamy GWARANCJI JAKOŚCI wynoszącej: ……………. miesięcy**.

(**Uwaga:** *minimalny okres gwarancji jakości wynosi 36 miesięcy. Okres gwarancji jakości* należy podać w pełnych miesiącach).

**----------------- --------------------- ---------------------**

**Zadanie nr 3. Urządzenia medyczne – pakiet nr 3. (zaawansowany fantom PALS dziecka, zaawansowany fantom PALS niemowlę, fantom BLS dorosłego, fantom BLS dziecka, fantom BLS niemowlęcia, defibrylator automatyczny, treningowy AED, zaawansowany fantom pielęgnacyjny pacjenta starszego, trenażer -nauka zabezpieczania dróg oddechowych dziecka, trenażer- nauka zabezpieczania dróg oddechowych niemowlę, trenażer- badanie gruczołu, piersiowego, symulator porodowy)**

................... zł netto (słownie: ..........................................................................................................).

................... zł vat (słownie: ...........................................................................................................).

................... zł brutto (słownie: ......................................................................................................).

w tym:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Poz.** | **Przedmiot zamówienia\*** | **Cena jednostkowa netto [zł]** | **Ilość**  **(szt.)** | **Wartość netto** |
| 1 | **ZAAWANSOWANY FANTOM PALS DZIECKA** |  | **1** |  |
| 2 | **ZAAWANSOWANY FANTOM PALS NIEMOWLĘ** |  | **1** |  |
| 3 | **FANTOM BLS DOROSŁEGO** |  | **2** |  |
| 4 | **FANTOM BLS DZIECKA** |  | **2** |  |
| 5 | **FANTOM BLS NIEMOWLĘCIA** |  | **2** |  |
| 6 | **DEFIBRYLATOR AUTOMATYCZNY**  **TRENINGOWY AED** |  | **2** |  |
| 7 | **ZAAWANSOWANY FANTOM PIELĘGNACYJNY**  **PACJENTA STARSZEGO** |  | **1** |  |
| 8 | **TRENAŻER -NAUKA ZABEZPIECZANIA**  **DRÓG ODDECHOWYCH DZIECKA** |  | **1** |  |
| 9 | **TRENAŻER- NAUKA ZABEZPIECZANIA**  **DRÓG ODDECHOWYCH NIEMOWLĘ** |  | **1** |  |
| 10 | **TRENAŻER- BADANIE GRUCZOŁU**  **PIERSIOWEGO** |  | **2** |  |
| 11 | **SYMULATOR PORODOWY** |  | **1** |  |
| **RAZEM WARTOŚĆ NETTO [ZŁ]:** | | |  |  |
| **VAT [ZŁ]** | | |  |  |
| **RAZEM WARTOŚĆ BRUTTO [ZŁ]** | | |  |  |

**Na dostarczone urządzenia udzielamy GWARANCJI JAKOŚCI wynoszącej: ……………. miesięcy**.

(**Uwaga:** *minimalny okres gwarancji jakości wynosi 36 miesięcy. Okres gwarancji jakości* należy podać w pełnych miesiącach).

**----------------- --------------------- ---------------------**

**Zadanie nr 4. Urządzenia medyczne – pakiet nr 4. (zaawansowany fantom pielęgnacyjny**

**pacjenta dorosłego, trenażer -nauka zabezpieczania dróg oddechowych dorosły, trenażer -dostępy donaczyniowe obwodowe, trenażer -dostęp doszpikowy, trenażer- iniekcje domięśniowe, trenażer- iniekcje śródskórne, trenażer- cewnikowanie pęcherza/ wymienny, trenażer- konikotomia, fantom noworodka pielęgnacyjny, fantom noworodka do nauki dostępu naczyniowego, fantom wcześniaka, model pielęgnacji stomii, model pielęgnacji ran, model pielęgnacji ran odleżynowych, model do zakładania zgłębnika, fantom położniczy, fantom ginekologiczny- symulator do badania ginekologicznego, trenażer- do oceny postępu porodu, model macierzyński do oceny ASP, model macierzyński do badania chwytami Leopolda, fantom wcześniaka, fantom niemowlęcia do podstawowej opieki medycznej, fantom niemowlęcia do nauki dostępów dożylnych).**

................... zł netto (słownie: ..........................................................................................................).

................... zł vat (słownie: ...........................................................................................................).

................... zł brutto (słownie: ......................................................................................................).

w tym:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Poz.** | **Przedmiot zamówienia\*** | **Cena jednostkowa netto [zł]** | **Ilość**  **(szt.)** | **Wartość netto** |
| 1 | **ZAAWANSOWANY FANTOM PIELĘGNACYJNY**  **PACJENTA DOROSŁEGO** |  | **1** |  |
| 2 | **TRENAŻER -NAUKA ZABEZPIECZANIA**  **DRÓG ODDECHOWYCH DOROSŁY** |  | **1** |  |
| 3 | **TRENAŻER -DOSTĘPY DONACZYNIOWE**  **OBWODOWE** |  | **3** |  |
| 4 | **TRENAŻER -DOSTĘP DOSZPIKOWY** |  | **1** |  |
| 5 | **TRENAŻER- INIEKCJE DOMIĘŚNIOWE** |  | **2** |  |
| 6 | **TRENAŻER- INIEKCJE ŚRÓDSKÓRNE** |  | **2** |  |
| 7 | **TRENAŻER- CEWNIKOWANIE PĘCHERZA/**  **WYMIENNY** |  | **1** |  |
| 8 | **TRENAŻER- KONIKOTOMIA** |  | **1** |  |
| 9 | **FANTOM NOWORODKA PIELĘGNACYJNY** |  | **1** |  |
| 10 | **FANTOM NOWORODKA DO NAUKI DOSTĘPU**  **NACZYNIOWEGO** |  | **1** |  |
| 11 | **FANTOM WCZEŚNIAKA** |  | **1** |  |
| 12 | **MODEL PIELĘGNACJI STOMII** |  | **1** |  |
| 13 | **MODEL PIELĘGNACJI RAN** |  | **1** |  |
| 14 | **MODEL PIELĘGNACJI RAN ODLEŻYNOWYCH** |  | **1** |  |
| 15 | **MODEL DO ZAKŁADANIA ZGŁĘBNIKA** |  | **1** |  |
| 16 | **FANTOM POŁOŻNICZY** |  | **1** |  |
| 17 | **FANTOM GINEKOLOGICZNY- SYMULATOR**  **DO BADANIA GINEKOLOGICZNEGO** |  | **1** |  |
| 18 | **TRENAŻER- DO OCENY POSTĘPU PORODU** |  | **1** |  |
| 19 | **MODEL MACIERZYŃSKI DO OCENY ASP** |  | **1** |  |
| 20 | **MODEL MACIERZYŃSKI DO BADANIA**  **CHWYTAMI LEOPOLDA** |  | **1** |  |
| 21 | **FANTOM WCZEŚNIAKA** |  | **1** |  |
| 22 | **FANTOM NIEMOWLĘCIA DO PODSTAWOWEJ**  **OPIEKI MEDYCZNEJ** |  | **1** |  |
| 23 | **FANTOM NIEMOWLĘCIA DO NAUKI**  **DOSTĘPÓW DOŻYLNYCH** |  | **1** |  |
| **RAZEM WARTOŚĆ NETTO [ZŁ]:** | | |  |  |
| **VAT [ZŁ]** | | |  |  |
| **RAZEM WARTOŚĆ BRUTTO [ZŁ]** | | |  |  |

**Na dostarczone urządzenia udzielamy GWARANCJI JAKOŚCI wynoszącej: ……………. miesięcy**.

(**Uwaga:** *minimalny okres gwarancji jakości wynosi 36 miesięcy. Okres gwarancji jakości* należy podać w pełnych miesiącach).

**----------------- --------------------- ---------------------**

**Zadanie nr 5. Urządzenia medyczne – pakiet nr 5. (pompa strzykawkowa, pompa infuzyjna objętościowa, ssak próżniowy lub elektryczny, aparat KTG, aparat EKG, ssak elektryczny**

**aparat EKG, ssak elektryczny, detektor tętna płodu, ssak elektryczny, pompa infuzyjna).**

................... zł netto (słownie: ..........................................................................................................).

................... zł vat (słownie: ...........................................................................................................).

................... zł brutto (słownie: ......................................................................................................).

w tym:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Poz.** | **Przedmiot zamówienia\*** | **Cena jednostkowa netto [zł]** | **Ilość**  **(szt.)** | **Wartość netto** |
| 1 | **POMPA STRZYKAWKOWA** |  | **1** |  |
| 2 | **POMPA INFUZYJNA**  **OBJĘTOŚCIOWA** |  | **1** |  |
| 3 | **SSAK PRÓŻNIOWY LUB**  **ELEKTRYCZNY** |  | **1** |  |
| 4 | **APARAT KTG** |  | **1** |  |
| 5 | **APARAT EKG** |  | **1** |  |
| 6 | **SSAK ELEKTRYCZNY** |  | **1** |  |
| 7 | **APARAT EKG** |  | **1** |  |
| 8 | **SSAK ELEKTRYCZNY** |  | **1** |  |
| 9 | **DETEKTOR TĘTNA PŁODU** |  | **1** |  |
| 10 | **SSAK ELEKTRYCZNY** |  | **1** |  |
| 11 | **POMPA INFUZYJNA** |  | **1** |  |
| **RAZEM WARTOŚĆ NETTO [ZŁ]:** | | |  |  |
| **VAT [ZŁ]** | | |  |  |
| **RAZEM WARTOŚĆ BRUTTO [ZŁ]** | | |  |  |

**Na dostarczone urządzenia udzielamy GWARANCJI JAKOŚCI wynoszącej: ……………. miesięcy**.

(**Uwaga:** *minimalny okres gwarancji jakości wynosi 36 miesięcy. Okres gwarancji jakości* należy podać w pełnych miesiącach).

**----------------- --------------------- ---------------------**

**Zadanie nr 6. Urządzenia medyczne – pakiet nr 6. (wózek reanimacyjny dla dzieci z wyposażeniem, wózek reanimacyjny z wyposażeniem, kozetka lekarska, krzesło porodowe, łóżko porodowe, łóżko dla noworodka, wózek reanimacyjny z wyposażeniem, kozetka lekarska, plecak ratowniczy, stanowisko do iniekcji, zestaw do profilaktyki przeciwodleżynowej, szafka przyłóżkowa, wózek reanimacyjny z wyposażeniem, wózek inwalidzki, zestaw do nauki przemieszczania pacjentów, zestaw sprzętu do pielęgnacji i higieny pacjentów w tym między innymi mobilny system pielęgnacji pacjenta, łóżko porodowe, fotel ginekologiczny drabinka gimnastyczna, łóżko noworodkowe/niemowlęce, stolik do pielęgnacji noworodka).**

................... zł netto (słownie: ..........................................................................................................).

................... zł vat (słownie: ...........................................................................................................).

................... zł brutto (słownie: ......................................................................................................).

w tym:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Poz.** | **Przedmiot zamówienia\*** | **Cena jednostkowa netto [zł]** | **Ilość**  **(szt.)** | **Wartość netto** |
| 1 | **WÓZEK REANIMACYJNY DLA DZIECI**  **Z WYPOSAŻENIEM** |  | **1** |  |
| 2 | **WÓZEK REANIMACYJNY Z WYPOSAŻENIEM** |  | **1** |  |
| 3 | **KOZETKA LEKARSKA** |  | **1** |  |
| 4 | **KRZESŁO PORODOWE** |  | **1** |  |
| 5 | **ŁÓŻKO PORODOWE** |  | **1** |  |
| 6 | **ŁOŻKO DLA NOWORODKA** |  | **1** |  |
| 7 | **WÓZEK REANIMACYJNY Z WYPOSAŻENIEM** |  | **1** |  |
| 8 | **KOZETKA LEKARSKA** |  | **1** |  |
| 9 | **PLECAK RATOWNICZY** |  | **1** |  |
| 10 | **STANOWISKO DO INIEKCJI** |  | **1** |  |
| 11 | **ZESTAW DO PROFILAKTYKI**  **PRZECIWODLEŻYNOWEJ** |  | **1** |  |
| 12 | **SZAFKA PRZYŁÓŻKOWA** |  | **1** |  |
| 13 | **WÓZEK REANIMACYJNY Z WYPOSAŻENIEM** |  | **1** |  |
| 14 | **WÓZEK INWALIDZKI** |  | **1** |  |
| 15 | **ZESTAW DO NAUKI PRZEMIESZCZANIA**  **PACJENTÓW** |  | **1** |  |
| 16 | **ZESTAW SPRZĘTU DO PIELĘGNACJI**  **I HIGIENY PACJENTÓW W TYM MIĘDZY INNYMI**  **MOBILNY SYSTEM PIELĘGNACJI PACJENTA** |  | **1** |  |
| 17 | **ŁÓŻKO PORODOWE** |  | **1** |  |
| 18 | **FOTEL GINEKOLOGICZNY** |  | **1** |  |
| 19 | **DRABINKA GIMNASTYCZNA** |  | **1** |  |
| 20 | **ŁÓŻKO NOWORODKOWE/**  **NIEMOWLĘCE** |  | **1** |  |
| 21 | **STOLIK DO PIELĘGNACJI NOWORODKA** |  | **1** |  |
| **RAZEM WARTOŚĆ NETTO [ZŁ]:** | | |  |  |
| **VAT [ZŁ]** | | |  |  |
| **RAZEM WARTOŚĆ BRUTTO [ZŁ]** | | |  |  |

**Na dostarczone urządzenia udzielamy GWARANCJI JAKOŚCI wynoszącej: ……………. miesięcy**.

(**Uwaga:** *minimalny okres gwarancji jakości wynosi 36 miesięcy. Okres gwarancji jakości* należy podać w pełnych miesiącach).

**----------------- --------------------- ---------------------**

**Zadanie nr 7. Urządzenia medyczne – pakiet nr 7. (Zaawansowany symulator porodowy- 1 szt.)**

................... zł netto (słownie: ..........................................................................................................).

................... zł vat (słownie: ...........................................................................................................).

................... zł brutto (słownie: ......................................................................................................).

**Na dostarczone urządzenia udzielamy GWARANCJI JAKOŚCI wynoszącej: ……………. miesięcy**.

(**Uwaga:** *minimalny okres gwarancji jakości wynosi 36 miesięcy. Okres gwarancji jakości* należy podać w pełnych miesiącach).

**----------------- --------------------- ---------------------**

**Zadanie nr 8. Urządzenia medyczne – pakiet nr 8. ( Respirator – 1 szt.)**

................... zł netto (słownie: ..........................................................................................................).

................... zł vat (słownie: ...........................................................................................................).

................... zł brutto (słownie: ......................................................................................................).

**Na dostarczone urządzenia udzielamy GWARANCJI JAKOŚCI wynoszącej: ……………. miesięcy**.

(**Uwaga:** *minimalny okres gwarancji jakości wynosi 36 miesięcy. Okres gwarancji jakości* należy podać w pełnych miesiącach).

*------------- ------------------------ -----------------*

**HASŁO do odszyfrowania Jednolitego Europejskiego Dokumentu Zamówienia (JEDZ) przesłanego przed upływem terminu składania ofert w postaci elektronicznej na adres e-mail** [**tbalchan@ur.edu.pl**](mailto:tbalchan@ur.edu.pl) **: *……………………………………………..………… ( Obowiązkowe !!! )***

1. Oświadczam, że:

1. zrealizuję zamówienie w terminie wskazanym w Siwz.
2. oferowana cena zawiera wszystkie składniki niezbędne do prawidłowego wykonania przedmiotu zamówienia i jest ostateczna,
3. akceptuję warunki płatności zgodnie z zapisami projektu umowy,
4. zapoznałem się z Siwz wraz z załącznikami i nie wnoszę do nich zastrzeżeń,
5. akceptuję bez zastrzeżeń projekt umowy stanowiący załącznik do Siwz i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na jego warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego,
6. uważam się za związanego niniejszą ofertą **przez 60 dni** od chwili upływu terminu składania ofert,
7. zapewniam transport zamawianego asortymentu na własny koszt,
8. uzyskałem wszelkie niezbędne informacje do przygotowania oferty i wykonania zamówienia,
9. oświadczam, że **wadium/wadia** w kwocie **……………..zł** zostało(y) wniesione w formie ….................

…………………………………………………………………………

1. zwrotu wadium wniesionego w gotówce prosimy dokonać na konto nr : …........................

………………………………………………………………………………………………………. \*

\* *punkt j) należy wypełnić tylko w przypadku wpłaty wadium w gotówce.*

2. Zamówienie zrealizujemy **sami / przy udziale podwykonawcy(-ów)**: \*\*

*W przypadku realizacji części zamówienia przez podwykonawcę, należy podać zakres realizacji zamówienia który będzie przez niego wykonywany oraz firmę podwykonawcy:*

…………………………………………………………………………….……

…………………………………………………………………………………..

\*\**niepotrzebne skreślić*

3. Oświadczamy**,** że wypełniliśmy 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.\*\*\*

1) rozporządzenie 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

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 treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie). \*\*\*

4. **Oświadczamy , iż jesteśmy: \*\*\*\***

**□ mikroprzedsiębiorstwem**

**□ małym przedsiębiorstwem**

**□ średnim przedsiębiorstwem**

**□ dużym przedsiębiorstwem**

*\*\*\*\*zaznaczyć właściwe*

*Definicje:*

***Małe przedsiębiorstwo:*** *przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.*

***Średnie przedsiębiorstwo:*** *przedsiębiorstwo, które nie jest mikroprzedsiębiorstwem ani małym przedsiębiorstwem i które zatrudnia mniej niż 250 osób i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.*

....................... dnia ......................... .............................................

*podpis osoby/osób uprawnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy*