



.....
(miejscowość, data)

FORMULARZ OFERTOWY

w sprawie przetargu nieograniczonego pn.

„Dostawa Aparatu Ultrasonograficznego oraz łóżek porodowych dla Powiatu Malborskiego”

Nazwa Wykonawcy

Siedziba Wykonawcy:

kod, miejscowość:

województwo, powiat

ulica, nr domu, nr lokalu

REGON NIP

PESEL (jeśli Wykonawca nie posiada NIP)

tel. fax e-mail:

Wykonawca może podać adres strony internetowej, z której Zamawiający samodzielnie będzie mógł pobrać dokumenty:

- ☐ <https://ems.ms.gov.pl/krs/wyszukiwaniepodmiotu?t:lb=t>
- ☐ <https://prod.ceidg.gov.pl/CEIDG/CEIDG.Public.UI/Search.aspx>
- ☐ inne

Ofertę składam (-y) samodzielnie / w imieniu Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia (niepotrzebne skreślić).

Nazwy i siedziby wszystkich Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, (jeżeli dotyczy).

Lider: adres

Partnerzy:

Nazwa adres

Nazwa adres

Ustanowionym pełnomocnikiem do reprezentowania w postępowaniu o udzielenie zamówienia i/lub zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego, w przypadku składania oferty wspólnej przez dwa lub więcej podmioty gospodarcze (konsorcjum/ spółka cywilna*) jest:

stanowisko: imię i nazwisko:

tel. fax e-mail:

Czy zapłata przez Zamawiającego na rachunek Wykonawcy za wykonaną umowę będzie z dokonaniem podziału zapłaty w trybie przepisu **art.108a ustawy z dnia 11 marca 2004 roku o podatku od towarów i usług** (tj. Dz. U. z 2017r. poz. 1221 ze zm.) – **mechanizm podzielonej płatności** (tzw. split payment)?

☐ TAK

☐ NIE

Przedsiębiorstwo Wykonawcy kwalifikowane jest do kategorii Mikroprzedsiębiorstw lub Małych i Średnich Przedsiębiorstw, zgodnie z definicją zawartą w załączniku I do Rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r.

☐ TAK

☐ NIE

W przypadku, gdy przedsiębiorstwo Wykonawcy nie mieści się w kategorii MŚP, proszę podać kwalifikację przedsiębiorstwa

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

Uwaga:

W przypadku Wykonawców składających ofertę wspólną należy wypełnić dla każdego podmiotu osobno. Jeżeli Wykonawca zostawi to pola niezaznaczone (puste pole), Zamawiający uzna, iż Wykonawca nie jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem.

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.

1. Przystępując do niniejszego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego przez Powiat Malborski, w trybie przetargu nieograniczonego oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia oraz w załącznikach do niego, zawierającej wszystkie koszty, które Wykonawca musi ponieść do realizacji zamówienia, uwzględniając wszystkie zapisy, ilości i wymagania, które są określone przez Zamawiającego, w projekcie umowy, Formularzu Ofertowym oraz pozostałych załącznikach do SIWZ. Wartość całkowitą brutto należy wskazać w niniejszym Formularzu ofertowym.

<p align="center">– Część nr 1 – Dostawa Aparatu Ultrasonograficznego</p>	
<p>Wartość całkowita netto dla Części nr 1</p>	<p>.....</p>
<p>stawka podatku VAT: <i>Uwaga! W przypadku stosowania zmniejszonych stawek VAT Wykonawca jest zobowiązany wskazać podstawy prawne stosowania takich stawek i załączyć należyte dowody w celu udowodnienia tego faktu Zamawiającemu.</i></p>	<p>..... %</p>
<p>Wartość całkowita brutto dla Części nr 1 <i>w tym podatek VAT obliczony zgodnie z obowiązującymi przepisami.</i></p>	<p>.....</p>
<p>Parametry Techniczne (1): Wielkość monitora – poniżej 20, nie mniej niż 19’ – Zamawiający przyzna 0 punktów, – od 20’ do 21’ – Zamawiający przyzna 2 punkty, – powyżej 21’ – Zamawiający przyzna 5 punktów.</p>	<p>Wielkość Monitora cali.</p>
<p>Parametry Techniczne (2) Zastosowanie technologii obrazowania „nakładanego” przestrzennego wielokierunkowego (compounding) z możliwością wyboru kierunków sterowania (minimum 5) - 5 kierunków – Zamawiający przyzna 0 punktów - powyżej 5 kierunków – Zamawiający przyzna 5 punktów</p>	<p>Ilość kierunków </p>
<p>Parametry Techniczne (3) Anatomiczny tryb M-mode - Nie – Zamawiający przyzna 0 punktów - Tak – Zamawiający przyzna 5 punktów</p>	<p>Anatomiczny tryb M-mode <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>Parametry Techniczne (4) Obrazowanie panoramiczne o długości min. 50 cm. - Nie – Zamawiający przyzna 0 punktów - Tak – Zamawiający przyzna 5 punktów</p>	<p>Obrazowanie panoramiczne o długości min. 50 cm. <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>Dodatkowa Gwarancja (ponad minimalną wymaganą w SIWZ 24miesiące) liczona w pełnych miesiącach – od 0 do 11 – Zamawiający przyzna 0 punktów, – od 12 do 23 – Zamawiający przyzna 5 punktów, – od 24 do 35 – Zamawiający przyzna 10 punktów, – od 36 do 47 – Zamawiający przyzna 15 punktów, – 48 i powyżej – Zamawiający przyzna 20 punktów.</p>	<p>Dodatkowa gwarancja miesiący (ponad wymagane minimum 24)</p>

Uwaga:

W przypadku **nieokreślenia** przez Wykonawcę w Formularzu ofertowym żadnej wartości, będzie to równoważne z **przyznaniem minimalnej określonej liczby punktów za dane kryterium**.

Pozostałe parametry:

Aparat musi być fabrycznie nowy

	Parametr	Wartość wymagana	Wartość oferowana/punktacja
	Nazwa aparatu / Producent	podać	
	Rk produkcji 2018	Tak rok
	Aparat fabrycznie nowy	Tak	TAK/NIE
I	Jednostka główna	Tak	TAK/NIE
1	Zakres częstotliwości pracy [MHz]	1,1 – 18,0 MHz	Od.....MHz Do.....MHz
2	Technologia cyfrowa	Tak	TAK / NIE
3	Ilość niezależnych kanałów	Min. 1 000 000	Ilość:
4	Ilość niezależnych gniazd głowic obrazowych przełączanych elektronicznie	Min.3	Ilość:
5	Możliwość współpracy z głowicami Dopplerowskimi nieobrazowymi	Tak	TAK / NIE
6	Rozdzielczość monitora	Minimum 1024 x 600	Rozdzielczość:
7	Monitor na ruchomym ramieniu regulowanym niezależnie od konsoli, góra – dół, prawo – lewo min. 180 stopni)	Tak	TAK / NIE Ilość stopni:
8	Regulacja wysokości pulpitu sterowniczego, w zakresie min ± 10 cm lub konsola stacjonarna (dopuszczalna regulacja wysokości monitora wraz z panelem sterowania)	Tak	Zakres w minimum: Cm Konsola: TAK / NIE
9	Możliwość obrotu konsoli operatora o +/- 90 stopni w prawo i w lewo lub konsola stacjonarna	Tak	Ilość stopni: Konsola: TAK / NIE
10	Szybki dostęp do funkcji sterowania aparatem przy pomocy ekranu dotykowego o wielkości minimum 8"	Tak	TAK / NIE Ilość cali:
11	Możliwość regulacji pochylecia ekranu dotykowego lub ekran stacjonarny	Tak	Ekran dotykowy pochylony TAK / NIE Ekran stacjonarny TAK / NIE
12	Klawiatura qwerty wyświetlana na ekranie dotykowym	Tak	TAK / NIE
13	Dodatkowa klawiatura qwerty wysuwana spod konsoli	Tak	TAK / NIE
14	Możliwość nagrywania i odtwarzania dynamicznego obrazów (tzw. Cine loop)	Tak	TAK / NIE
15	Liczba klatek (obrazów) pamięci dynamicznej prezentacji B oraz kolor Doppler.	Min. 1000	Ilość klatek:
16	Zintegrowany z aparatem systemu archiwizacji obrazów na dysku twardym z możliwością eksportowania na nośniki przenośne DVD/CD.	Tak	TAK / NIE
17	Zintegrowany dysk twardy HDD	Min. 500 GB	Wielkość dysku HDD: GB
18	Nastawy programowane dla aplikacji i głowic, tzw. „presety”	Min. 30	Ilość:
19	Transmisja danych i obrazów w sieci komputerowej wg standardu DICOM 3.0 (Dicom Storage, Print, Worklist) z opcjonalną możliwością połączenia przez łącze bezprzewodowe Wi-Fi.	Tak	TAK / NIE
20	Drukarka termiczna (video) czarno – biała	Podać typ i producenta	Typ: Producent:
21	Preinstalowany dedykowany system ochrony antywirusowej	Tak	TAK / NIE

22	Dedykowany do aparatu podgrzewacz żelu	Tak	TAK / NIE
23	Pojemnik na żel ultrasonograficzny o pojemności 250 ml	Tak	Pojemność w mililitrach:
24	Czas uruchamiania aparatu do pełnej gotowości do badania	Max. 90 sek.	Czas w sekundach:
25	Tryb „zamrożenia” systemu z możliwością odłączenia zasilania na czas min. 30 minut i z możliwością szybkiego wznowienia pracy w czasie max. 5 sekund.	Tak	TAK / NIE
26	Waga aparatu bez głowic i urządzeń peryferyjnych	Max. 76 kg	Waga w kg:
II	Tryb 2D (B-mode)	Tak	
1	Zakres ustawiania głębokości penetracji [cm]	Od max. 1 do min. 30 cm	Od: cm, do: cm
2	Zakres bezstratnego powiększania obrazu rzeczywistego.	Min. 8 x	Ilokrrotność bezstratnego powiększenia obrazu rzeczywistego:
3	Zakres bezstratnego powiększania obrazu zamrożonego, a także obrazu z pamięci CINE.	Min. 8 x	Ilokrrotność bezstratnego powiększenia obrazu zamrożonego oraz CINE:
4	Zakres dynamiki systemu [dB]	Min. 227 dB	Ilość dB:
5	Zastosowanie technologii automatycznie optymalizującej obraz w trybie B, Color oraz PW za pomocą jednego przycisku.	Tak	TAK / NIE
6	Tryb obrazowania z poprawą rozdzielczości kontrastowej poprzez eliminację szumów plamek obrazów (speckle reduction)	Tak	TAK / NIE
III	Tryb spektralny Doppler Pulsacyjny (PWD)	Tak	
1	Podać maksymalną mierzoną prędkość przepływu [cm/s] przy 0° kącie korekcji	Min. +/- 840 cm/s	Ilość cm/s:
2	Podać wielkość bramki Dopplerowskiej [cm]	Od max 0,5 do min. 20 mm	Ilość mm.:
3	Podać kąt korekcji kąta bramki Dopplerowskiej [mm]	Min. +/- 80° Min. +/- 89°, skok o 1°	Ilość stopni:
IV	Tryb spektralny Doppler Ciągły (CWD)	Tak	
1	Sterowany pod kontrolą obrazu z głowicy sektorowej elektronicznej	Tak	TAK / NIE
2	Podać maksymalną mierzoną prędkość przepływu [cm/s] przy 0° kącie korekcji	Min. +/- 1100 cm/s	Ilość cm/s:
V	Tryb Doppler Kolorowy (CD)	Tak	
1	Regulacji uchyłności pola Dopplera Kolorowego	Tak	TAK / NIE
2	Zakres skali prędkości	Min ± 0,6 - ± 245 cm/s	Ilość cm/s:
VI	Tryb angiologiczny (Doppler mocy)	Tak	
1	Doppler mocy (Power Doppler) kierunkowy	Tak	TAK / NIE
VII	Doppler tkankowy	Tak	
1	Mapowany kolorem	Tak	TAK / NIE
2	Spektralny Doppler tkankowy	Tak	TAK / NIE
VIII	Obrazowanie harmoniczne	Tak	
1	Obrazowanie harmoniczne	Tak	TAK / NIE
IX	Tryb Duplex (2D + PWD lub CD)	Tak	
X	Tryb Triplex (2D + PWD + CD)	Tak	
XI	Oprogramowanie pomiarowe wraz z pakietem obliczeniowym	Tak	
1	Oprogramowanie aplikacyjne i pomiarowe	- kardiologiczne - naczyniowe - TCD - ginekologiczne - położnicze - radiologiczne	TAK / NIE TAK / NIE TAK / NIE TAK / NIE TAK / NIE TAK / NIE

2	Liczba par kursorów pomiarowych	Min. 8	Ilość:
3	Pakiet obliczeń automatycznych dla Dopplera (automatyczny obrys spektrum)	Tak	TAK / NIE
XII	Wieloczęstotliwościowa elektroniczna głowica konweksowa, do badań jamy brzusznej	Podać typ i producenta	
1	Zakres częstotliwości pracy przetwornika [MHz]	2,2 – 7,0 MHz	Od.....MHz Do.....MHz
2	Liczba elementów akustycznych	Min. 192	Ilość:
3	Maksymalny kąt widzenia głowicy	Min. 70 stopni	Ilość stopni:
4	Min. 2 przełączalne częstotliwości pracy dla trybu 2D (B – mode) - wymienić [MHz]	Podać wartośćMHzMHz
5	Min. 2 przełączalne częstotliwości harmoniczne THI dla trybu 2D (B – mode) - wymienić [MHz]	Podać wartośćMHzMHz
6	Min. 2 przełączalne częstotliwości dla trybu PW - wymienić [MHz]	Podać wartośćMHzMHz
7	Min. 2 przełączalne częstotliwości dla trybu Color Doppler - wymienić [MHz]	Podać wartośćMHzMHz
XIII	Głowica liniowa elektroniczna wieloczęstotliwościowa do badań naczyniowych.	Podać typ i producenta	
1	Zakres częstotliwości pracy przetwornika [MHz]	Min. 3,6 – 13 MHz	Od.....MHz Do.....MHz
2	Min. 3 przełączalne częstotliwości pracy dla trybu 2D (B – mode) - wymienić [MHz]	Tak	Od.....MHz Do.....MHz
3	Min. 3 przełączalne częstotliwości harmoniczne THI dla trybu 2D (B – mode) - wymienić [MHz]	Tak	Od.....MHz Do.....MHz
4	Szerokość czoła głowicy	40 mm +/-5%mm.
5	Maksymalna głębokość penetracji [cm]	Min. 16 cmmm.
6	Praca w trybie II harmonicznej	Tak	TAK / NIE
7	Praca w trybie virtual convex	Tak	TAK / NIE
XIV	Głowica sektorowa elektroniczna „phased array” wieloczęstotliwościowa do badań kardiologicznych dorosłych. Głowica wykonana w technologii „single crystal” lub równoważnej	Podać typ i producenta	
1	Zakres częstotliwości pracy przetwornika [MHz]	Min. 1,1 – 4,8 MHz	Od.....MHz Do.....MHz
2	Liczba elementów	Min 96	Ilość:
3	Min. 2 przełączalne częstotliwości pracy dla trybu 2D (B – mode) - wymienić [MHz]	Tak	Od.....MHz Do.....MHz
4	Min. 3 przełączalne częstotliwości harmoniczne THI dla trybu 2D (B – mode) - wymienić [MHz]	Tak	Od.....MHz Do.....MHz
5	Min. 2 przełączalne częstotliwości pracy dla trybu Color Doppler - wymienić [MHz]	Tak	Od.....MHz Do.....MHz
6	Min. 2 przełączalne częstotliwości pracy dla trybu PW Doppler - wymienić [MHz]	Tak	Od.....MHz Do.....MHz
7	Maksymalna głębokość penetracji [cm]	Min. 28 cm	Ilość cm:
8	Praca w trybie II harmonicznej	Tak	TAK / NIE
9	Praca w trybie Dopplera ciągłego CWD	Tak	TAK / NIE
XV	Możliwości rozbudowy systemu (opcje dostępne na dzień składania ofert)		
1	Zintegrowane oprogramowanie do automatycznej detekcji wsierdza i obliczenia frakcji wyrzutowej.	Tak	TAK / NIE
2	Elastografia uciskowa	Tak	TAK / NIE
3	Elastografia Shear wave	Tak	TAK / NIE
4	Zastosowanie technologii eliminującej efekt przepływu w naczyniach celem optymalizacji wizualizacji naczyń.	Tak	TAK / NIE
5	Zintegrowane oprogramowanie do Stress Echo	Tak	TAK / NIE
6	Zintegrowane oprogramowanie do automatycznego pomiaru pęcherzyków ciążowych	Tak	TAK / NIE
7	Zintegrowane oprogramowanie do automatycznych	Tak	TAK / NIE

	pomiarów położniczych		
8	Możliwość bezprzewodowego (Wi-Fi) podłączenia do sieci komputerowej LAN	Tak	TAK / NIE
9	Możliwość rozbudowy o obrazowanie wolumetryczne 4D z głowic objętościowych typu konwers i/lub mikrokonwers do badań endokawitarnych lub przeciemiączkowych	Tak	TAK / NIE
XVI	Pozostałe wymagania		
1	Okres gwarancji minimum 24 mc	Tak	TAK / NIE
2	Gwarancja obejmuje wykonanie obowiązkowych przeglądów serwisowych (1 raz/rok), technicznych oraz obowiązek usunięcia wady fizycznej lub dostarczenia sprzętu wolnego od wad, jeżeli wady ujawnia się w okresie gwarancji.	TAK	TAK / NIE
3	Dostępność autoryzowanego przez producenta serwisu gwarancyjnego na terenie Polski	TAK, podać gdzie	TAK / NIE Wskazać adresy:
4	Certyfikat CE	Tak	
5	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostarczyć przy dostawie aparatu)	TAK	TAK / NIE
6	Zagwarantowanie dostępności części przez minimum 10 lat od daty dostawy	TAK	TAK / NIE
7	Przeszkolenie pracowników z zakresu obsługi sprzętu 8 osób (Maksymalna ilość osób jaką może podać zamawiający do przeszkolenia)	TAK	TAK / NIE

<p align="center">– Część nr 2 – Dostawa łóżek położniczych</p>	
<p>Wartość całkowita netto dla Części nr 2 (dla obu łóżek łącznie)</p>
<p>stawka podatku VAT: <i>Uwaga! W przypadku stosowania zmniejszonych stawek VAT Wykonawca jest zobowiązany wskazać podstawy prawne stosowania takich stawek i załączyć należyte dowody w celu udowodnienia tego faktu Zamawiającemu.</i></p> %
<p>Wartość całkowita brutto dla Części nr 2 w tym podatek VAT obliczony zgodnie z obowiązującymi przepisami.</p>
<p>Dodatkowa Gwarancja (ponad minimalną wymaganą w SIWZ 24miesiące) liczona w pełnych miesiącach – od 0 do 11 – Zamawiający przyzna 0 punktów, – od 12 do 23 – Zamawiający przyzna 10 punktów, – od 24 do 35 – Zamawiający przyzna 20 punktów, – od 36 do 47 – Zamawiający przyzna 30 punktów, – 48 i powyżej – Zamawiający przyzna 40 punktów.</p>	<p>Dodatkowa gwarancja miesięcy (ponad wymagane minimum 24)</p>

Uwaga:

W przypadku **nieokreślenia** przez Wykonawcę w Formularzu ofertowym żadnej wartości, będzie to równoważne z przyznaniem minimalnej określonej liczby punktów za dane kryterium.

Pozostałe parametry:

Łóżko porodowe sterowane elektrycznie

LP	Parametry Wymagane	Warunek	Opisać
1.	Łóżko porodowe sterowane elektrycznie	Podać /model typ/	
2.	Producent	Podać	
3.	Kraj pochodzenia	Podać	
4.	Rok produkcji – fabrycznie nowe	Tak	Rok Produkcji Czy fabrycznie nowe: TAK/NIE
5.	Łóżko porodowe przeznaczone dla pacjentek oddziałów położniczo - ginekologicznych zapewniające pobyt pacjentki w czasie porodu , a także w czasie porodu . Umożliwia ustawienie pacjentki we wszystkich pozycjach porodu : klasycznej , siedzącej , bocznej , kłęczącej , kucznej , będąc wspomaganym przez partnera, ustawienie pacjentki do zabiegów	Tak	TAK/NIE

	anestezjologicznych , w położu		
6.	Konstrukcja łóżka kolumnowa gwarantująca łatwą dezynfekcję i walkę z infekcjami . Kolumna umieszczona asymetrycznie dla zapewnienia maksymalnego dostępu personelu do rodzącej. Podstawa łóżka przykryta osłoną na całej powierzchni	Tak	TAK/NIE
7.	Konstrukcja łóżka kolumnowa w pełni bezpieczna dla rodzącej i personelu. Nie dopuszcza się mechanizmów korbowych, opartych na pantografie czy też innych rozwiązań gdzie istnieje możliwość przytrzaśnięcia lub przygniecenia ciała pacjenta	Tak	TAK/NIE
8.	Segmenty leża /oparcie pleców, siedzisko, segment nożny/ wykonane z laminatu dla łatwego mycia i dezynfekcji	Tak	TAK/NIE
9.	Długość łóżka porodowego wraz z materacem 205 cm +/- 5 cm	Tak	Długość w cm:
10.	Szerokość łóżka porodowego wraz z materacem : 100 cm +/- 5 cm	Tak	Szerokość w cm:.....
11.	Elektryczna regulacja wysokości łóżka w zakresie 60 - 95 cm +/- 2 cm liczoną od górnej powierzchni materaca	Tak	Od:.....cm., do:cm.
12.	Elektryczna regulacja podnoszenia i opuszczania oparcia pleców w zakresie od - 15° do 75°, +/- 5 °	Tak	Od:°, do:.....°
13.	Elektryczna , oddzielna regulacja nachylenia siedziska w zakresie od 0 ° do 25°, +/- 5 °	Tak	Od:°, do:.....°
14.	Segment nożny leża z regulacją wysokości , regulacją położenia wzdłużnego oraz kąta nachylenia i możliwością całkowitego wsunięcia pod siedzisko wraz z materacem. Nie dopuszcza się rozwiązań polegających na konieczności ściągnięcia materaca przed wsunięciem pod łóżko lub odejmowania segmentu nożnego wymagającego od personelu znacznego wysiłku fizycznego. Regulacja w zakresie min. 0 - 25cm , dopuszczony większy zakres	Tak	Od:.....cm., do:cm.
15.	Możliwość ustawienia łóżka w pozycji Trendelenburga min. - 15 °, +/- 3 °	Tak	Od:°, do:.....°
16.	Możliwość ręcznego opuszczenia oparcia – funkcja CPR segmentu pleców	Tak	TAK/NIE

17.	Łóżko przejezdne , podstawa jezdna zapewnia stabilność i mobilność łóżka z centralną blokadą kół ; funkcja jazdy "na wprost"	Tak	TAK/NIE
18.	Łóżko porodowe wyposażone w materace wykonane ze specjalnego antybakteryjnego materiału odpornego na promieniowanie UV . Materace klejone. Maksymalna grubość materacy 70mm . Materace lekkie nie wymagające znacznego wysiłku od personelu podczas dezynfekcji łóżka .	Tak	Grubość w mm.:
19.	Dostępny wybór kolorów pokrycia materacy (minimum 4 kolorów)	Podać ilość	Ilość kolorów:
20.	Materac w segmencie siedzenia z wycięciem klinowym	Tak	TAK/NIE
21.	Łóżko posiada regulowane podkolanniki z zintegrowanymi uchwytami rąk pomagających w czasie porodu .Podkolannik mogą być ustawione również jako podpory stóp w zależności od pozycji stosowanej podczas porodu .	Tak	TAK/NIE
22.	Podkolannik zaciskane na zasadach zębatek dopasowujących się do siebie i trwale zabezpieczających ustawioną pozycję .	Tak	TAK/NIE
23.	Łóżko porodowe wyposażone w zintegrowany z oparciem pleców uchwyt na ręce pacjentki lub służący do przetaczania łóżka ,	Tak	TAK/NIE
24.	Standardowe obciążenie łóżka min. 245 kg	Tak	Obciążenie łóżka: kg
25.	Wyposażenie : - Komplet materacy - Komplet podkolanników/oparc stóp - Demontowalna do dezynfekcji miska wykonana z tworzywa - Sterownik ręczny - Regulowany podglówek (poduszka) - Barrierki boczne	Tak	TAK/NIE
26.	Montaż i szkolenie pracowników	Tak	TAK/NIE

* Nie wypełnienie odpowiedniej kolumny w tabeli w Formularzu ofertowym) skutkować będzie odrzuceniem oferty Wykonawcy jako niezgodne z SIWZ zgodnie z art. 89 ust. 1 pkt 2 ustawy Pzp.

2. **Oświadczam/my***, że podana wyżej cena obejmuje wszystkie koszty i składniki niezbędne do wykonywania przedmiotu zamówienia.

3. **Oświadczam/my*** wykonanie przedmiotu zamówienia w terminie wskazanym w tabeli w pkt 1.

4. **Oświadczam/my***, że posiadamy uprawnienia do wykonywania działalności objętych przedmiotem zamówienia oraz dysponujemy potencjałem technicznym i osobami umożliwiającymi realizację zadania.
5. **Oświadczam/my***, że znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej umożliwiającej wykonanie zadania.
6. **Oświadczam/my***, że zapoznaliśmy się z treścią Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia oraz załącznikami do niej i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami i zasadami postępowania; nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy konieczne i niezbędne informacje dla przygotowania niniejszej oferty.
7. **Oferuję/oferujemy*** wykonanie zamówienia w terminie i na zasadach określonych w projekcie umowy.
8. **Oświadczamy, że przedmiot zamówienia zrealizujemy sami / z udziałem podwykonawców** zgodnie z załącznikiem do SIWZ *.
(w przypadku braku informacji, o której mowa w niniejszym pkt. oraz w przypadku nie załączenia do oferty załącznika nr 5 do SIWZ – Informacji o podwykonawcach, powyższy zapis będzie rozumiany przez Zamawiającego jako realizacja przedmiotu zamówienia przez Wykonawcę we własnym zakresie)
9. **Oświadczam/my, że** termin płatności wynosi do **30 dni** od daty dostarczenia poprawnie wystawionej faktury Zamawiającemu – Powiat Malborski, Plac Słowiański 17, 82 – 200 Malbork.
10. **Oświadczam/my, że** uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres **30 dni** licząc od daty składania ofert.
11. **Oświadczam/my, że** w przypadku wyboru naszej oferty, zobowiązujemy się do zawarcia umowy o treści zgodnej z Projektem umowy stanowiącym załącznik do SIWZ, w miejscu, terminie i na zasadach wskazanych przez Zamawiającego.
12. **Oświadczam/my, że** niniejsza oferta :

1) nie zawiera informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa, w rozumieniu art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji
(tj. Dz. U. z 2018r., poz. 419) *

2) zawiera na stronach od _____ do _____ informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2018r., poz. 419). Informacje te zawarte są i zabezpieczone stosownie do opisu znajdującego się w Rozdziale 10 SIWZ, poniżej przedstawiam stosowne uzasadnienie zastrzeżenia informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa i stanowią one: *

– * **informacje techniczne** przedsiębiorstwa i w stosunku do nich podjęto następujące niezbędne działania w celu zachowania ich poufności:

.....
.....

– * **informacje technologiczne** przedsiębiorstwa i w stosunku do nich podjęto następujące niezbędne działania w celu zachowania ich poufności:

.....
.....

– * **informacje organizacyjne** przedsiębiorstwa i w stosunku do nich podjęto następujące niezbędne działania w celu zachowania ich poufności:

.....
.....

- * **inne informacje** posiadające wartość gospodarczą i w stosunku do nich podjęto następujące niezbędne działania w celu zachowania ich poufności:

.....

Jednocześnie oświadczam, iż w/w informacje nie zostały ujawnione do wiadomości publicznej.

(Dokumenty stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji powinny być umieszczone w oddzielnej kopercie z napisem „Tajemnica przedsiębiorstwa”).

- 13. Oświadczam/my, że** pod groźbą odpowiedzialności karnej i wykluczenia z postępowania o zamówienie publiczne za złożenie nieprawdziwych informacji, mających wpływ na wynik prowadzonego postępowania oświadczam, że załączone do oferty dokumenty są prawdziwe i opisują stan prawny i faktyczny, aktualny na dzień złożenia ofert.

- 14. Oświadczam/my*, że** wypełniłem/wypełniłszy 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).*

- 15. Korespondencję** dotyczącą przedmiotowego postępowania należy kierować do: *

*(wypełnić w przypadku innych danych niż podane na 1. stronie,
 jeżeli dane pozostaną niewypełnione to Zamawiający będzie korzystał z danych podanych na 1. stronie)*

imię i nazwisko osoby do kontaktu:

adres:

.....

tel. fax e-mail:

- 16. Wykaz oświadczeń i dokumentów dołączonych do oferty:**

1)

2)

3)

4)

5)

..... dnia
 (miejscowość)

.....
 (podpis osoby lub osób uprawnionych
 do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)