**Załącznik Nr 1**

......................................................... ..........................,dnia ..................

*(pieczęć adresowa firmy Wykonawcy) (Miejscowość)*

**ZAMAWIAJĄCY:**

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką –

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

50-981 Wrocław, ul. R. Weigla 5

**OFERTA**

**Nawiązując do przetargu nieograniczonego na:**

**„Dostawę sprzętu medycznego wg pakietów 1 - 3: pakiet 1 - ultrasonograf wysokiej klasy z dwoma głowicami konweksową i liniową, pakiet 2 - bronchofiberoskop hybrydowy z monitorem LCD – 1 kpl. i pakiet 3 - bronchofiberoskop diagnostyczno – zabiegowy   
– 1 kpl.”**

*znak sprawy 97/Med./2012*

niżej podpisani, reprezentujący:

Pełna nazwa Wykonawcy ……………………………………………………………………..

Adres…………………………………………………………………………………………….

NIP…………………………………. REGON…………………………………….

Tel. …………………………………. Fax ………………………………………...

Nr konta…………………………………………………………………………………………

składamy niniejszą ofertę**:**

1. Oświadczamy, że oferujemy sprzedaż i **dostawę sprzętu medycznego wg pakietów 1 - 3: pakiet 1 - ultrasonograf wysokiej klasy z dwoma głowicami konweksową i liniową, pakiet 2 - bronchofiberoskop hybrydowy z monitorem LCD – 1 kpl. i pakiet 3 - bronchofiberoskop diagnostyczno – zabiegowy – 1 kpl.**

zgodnie z wymogami zawartymi w SIWZoraz formularzem cenowym za:

**Pakiet 1:**

wartość netto........................................zł (słownie:…..……....………………………złotych)

cena brutto…………………………zł ( słownie:………………….………….....……złotych)

**Pakiet 2:**

wartość netto........................................zł (słownie:…..……....………………………złotych)

cena brutto…………………………zł ( słownie:………………….………….....……złotych)

**Pakiet 3:**

wartość netto........................................zł (słownie:…..……....………………………złotych)

cena brutto…………………………zł ( słownie:………………….………….....……złotych)

1. **Ponadto oświadczamy, że :**
2. akceptujemy wskazany w SIWZ czas związania ofertą -  **30 dni**
3. dostawę będącą przedmiotem zamówienia wykonamy sami\* / z udziałem podwykonawców\* ( \**właściwe podkreślić)*,
4. powierzmy podwykonawcy wykonanie następujących części zamówienia …....... …...................................................................................... ♠ (♠*wypełnić w przypadku udziału podwykonawców)*.
5. posiadamy autoryzowany serwis oferowanego sprzętu medycznego ( potwierdzony aktualnym certyfikatem, który zobowiązujemy się dostarczyć w terminie 3 dni od daty wezwania pod rygorem odstąpienia od umowy - dotyczy realizacji umowy )
6. zaakceptujemy zawarty w specyfikacji istotnych warunków zamówienia projekt umowy (**Załącznik Nr 3)** poprzez jego wypełnienie, podpisanie i dołączenie do oferty,
7. akceptujemy wzór protokołu zdawczo – odbiorczego stanowiącego Załącznik nr 5   
   do SIWZ.
8. zapoznaliśmy się z sytuacją finansowo-ekonomiczną Zamawiającego.
9. **Ofertę niniejszą składamy na ……… kolejno ponumerowanych stronach.**
10. **Oświadczamy,** że wszystkie załączniki stanowią integralną część oferty.
11. **Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczamy, iż wszystkie załączone do oferty dokumenty opisują stan faktyczny i prawny, aktualny na dzień otwarcia ofert (art. 297 KK).**

.…………….…dnia…………… ………...............................................................................

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo

**Załącznik Nr 2**

**Zestawienie asortymentowo - cenowe przedmiotu zamówienia**

*„Cena brutto (zł)”, będąca podstawą do wyliczenia punktów za cenę – otrzymujemy ze wzoru: „Wartość jednostkowa netto[z])” razy „Ilość zakupu” – daje „Wartość netto –[zł]”, z której to wartości liczymy podatek vat i po dodaniu podatku vat do wartości netto otrzymujemy „Cenę brutto[(zł]”.*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pakiet** | **Nazwa elementu** | **Ilość** | **Numery katalogowe części składowych** | **Wartość jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Cena brutto** |
| **1** | Ultrasonograf wysokiej klasy z dwoma głowicami konweksową i liniową | 1 kpl. |  |  |  |  |
| **2** | Bronchofiberoskop hybrydowy z monitorem LCD – Intensywna Terapia | 1 kpl. |  |  |  |  |
| **3** | Bronchofiberoskop diagnostyczno – zabiegowy – Blok Chirurgia Ogólna | 1 kpl. |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |  |

.…………….…dnia…………… ………...............................................................................

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo

**Załącznik nr 2**

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Pakiet 2. Bronchofiberoskop hybrydowy z monitorem LCD – 1 kpl.**

**Wykonawca:**

**Nazwa i typ:**

**Producent/ Kraj :**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy-** nieużywany **/ 2012**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr /warunek** | **Wymagania** | **Odpowiedź Wykonawcy /  nr strony w materiałach informacyjnych** |
| **Bronchofiberoskop hybrydowy z monitorem LCD – 1 kpl.** | |  |  |
| 1. | Endoskop hybrydowy zawierający chip wideo oraz źródło światła | TAK |  |
| 2. | Monitor LCD min. 2,5cala | TAK |  |
| 3. | Źródło światła – dioda LED | TAK |  |
| 4. | Możliwość zapisywania obrazów wideo w minimum trzech różnych rozdzielczościach. | TAK |  |
| 5. | Możliwość zapisywania zdjęć. | TAK |  |
| 6. | Możliwość edycji sekwencji wideo. | TAK |  |
| 7. | Źródło zasilania: bateria Litowo jonowa 2szt. | TAK |  |
| 8. | Karta pamięci min. 1 GB | TAK |  |
| 9. | Kąt widzenia min. 90º | TAK |  |
| 10. | Kierunek widzenia na wprost | TAK |  |
| 11. | Głębia ostrości 3-50 mm | TAK |  |
| 12. | Zakres zginania końcówki: góra min. 180 , dół min. 130 | TAK |  |
| 13. | Średnica zewnętrzna sondy max 5,2 mm | TAK |  |
| 14. | Długość robocza min 600 mm | TAK |  |
| 15. | Średnica kanału roboczego min 2,6 mm | TAK |  |
| 16. | Zawór ssący w pełni demontowany i autoklawowalny | TAK |  |
| 17. | Tester szczelności z automatyczną pompą:  test szczelności endoskopu powinien odbywać się w płynie poprzez zanurzenie go i automatyczne podanie powietrza pompą | TAK |  |
| 18. | Akumulator litowo-jonowy min. 2 szt. | TAK |  |
|  | **POZOSTAŁE** |  |  |
| 19. | Instrukcja obsługi i użytkowania w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta, Formularz Powiadomienia/Zgłoszenia do rejestru wyrobów medycznych. | TAK z dostawą |  |

Oświadczamy, że oferowane urządzenie spełnia wymagania techniczne, zawarte w SIWZ, jest kompletne, fabrycznie nowe i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi ).

Do oferty prosimy dołączyć dokładny opis oferowanego przedmiotu zamówienia (wypełniony załącznik nr 2 do SIWZ) oraz potwierdzenie spełnienia parametrów wymaganych przez Zamawiającego w formie prospektów, katalogów, wyciągów z instrukcji obsługi w języku polskim ) – w przypadku braku powyższych dokumentów oferta zostanie odrzucona jako nie spełniająca wymogów Zamawiającego (z zastrzeżeniem art. 26 ust.3 PZP). Jednocześnie należy w Załączniku nr 2 podać numer strony materiałów informacyjnych, na której wymagane parametry są potwierdzone oraz zaznaczyć ( np. zakreślaczem ) w materiałach informacyjnych, gdzie znajduje się potwierdzenie wymaganego parametru.

………………dnia…………… ...............................................................................

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo)

**Załącznik nr 2**

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Pakiet 3. Bronchofiberoskop diagnostyczno – zabiegowy – 1 kpl.**

**Wykonawca:**

**Nazwa i typ:**

**Producent/ Kraj :**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy-** nieużywany **/ 2012**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr /warunek** | **Wymagania** | **Odpowiedź Wykonawcy /  nr strony w materiałach informacyjnych** |
| **Bronchofiberoskop diagnostyczno – zabiegowy – 1 kpl.** | |  |  |
| 1. | Średnica kanału roboczego – min.: 3,0 mm | TAK |  |
| 2. | Średnica zewnętrzna wziernika – max.: 6,0 mm | TAK |  |
| 3. | W pełni rozbieralny i autoklawowalny zawór ssania | TAK |  |
| 4. | Kąt obserwacji – min.: 120° | TAK |  |
| 5. | Głębia ostrości min.: 3 - 50 mm | TAK |  |
| 6. | Kąt zagięcia końcówki endoskopu :  a) w górę min 180  0  b) w dół min. 130 0 | TAK |  |
| 7. | Końcówka aparatu przystosowana do zabiegów elektrochirurgicznych HF | TAK |  |
| 8. | Tester szczelności z pompą:  test szczelności endoskopu powinien odbywać się w płynie poprzez zanurzenie go i ręczne podanie powietrza pompą | TAK |  |
|  | **POZOSTAŁE** |  |  |
| 9. | Instrukcja obsługi i użytkowania w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta, Formularz Powiadomienia/Zgłoszenia do rejestru wyrobów medycznych. | TAK z dostawą |  |

Oświadczamy, że oferowane urządzenie spełnia wymagania techniczne, zawarte w SIWZ, jest kompletne, fabrycznie nowe i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi ).

Do oferty prosimy dołączyć dokładny opis oferowanego przedmiotu zamówienia (wypełniony załącznik nr 2 do SIWZ) oraz potwierdzenie spełnienia parametrów wymaganych przez Zamawiającego w formie prospektów, katalogów, wyciągów z instrukcji obsługi w języku polskim ) – w przypadku braku powyższych dokumentów oferta zostanie odrzucona jako nie spełniająca wymogów Zamawiającego (z zastrzeżeniem art. 26 ust.3 PZP). Jednocześnie należy w Załączniku nr 2 podać numer strony materiałów informacyjnych, na której wymagane parametry są potwierdzone oraz zaznaczyć ( np. zakreślaczem ) w materiałach informacyjnych, gdzie znajduje się potwierdzenie wymaganego parametru.

………………dnia…………… ...............................................................................

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo)

**Załącznik nr 3**

**Wzór umowy (**proszę wypełnić miejsca wypunktowane z wyjątkiem numeru umowy i daty jej zawarcia oraz § 2 ust.2 i 3)

**UMOWA nr …../97/Med./2012**

**kupna – sprzedaży**

Zawarta w dniu **……………………. r**. we Wrocławiu pomiędzy:

**4 Wojskowym Szpitalem Klinicznym z Polikliniką Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu,**

z siedzibą **50-981 Wrocław, ul. Weigla 5,**

**Regon** 930090240, **NIP** 899-22-28-956

zwanym w treści umowy **ZAMAWIAJĄCYM**, zarejestrowanym w Sądzie Rejonowym dla Wrocławia – Fabrycznej, VI Wydział Gospodarczy, nr **KRS**: 0000016478

reprezentowanym przez:

**Komendanta - płk lek. med. Grzegorza STOINSKIEGO**

a

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

zwanym dalej **WYKONAWCĄ,**

reprezentowanym przez:

1. ………………………………………………………….

Niniejsza umowa jest następstwem przeprowadzonego postępowania w trybie przetargu nieograniczonego ( zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych t.j. Dz. U. z 2010r.,   
Nr 133, poz.759 z późn. zm. ) o wartości poniżej 130 000 EURO. Umowę będzie uznawało się za zawartą w dacie wymienionej we wstępie umowy.

**§ 1**

**Przedmiot dostawy**

Zamawiający zamawia a Wykonawca przyjmuje do realizacji sprzedaż, dostawę   
i montaż w miejscu wskazanym przez Zamawiającego **sprzętu medycznego wg pakietów  
1 -3**:

**Pakiet 1\* - Ultrasonograf wysokiej klasy z dwoma głowicami konweksową i liniową –  
1 kpl., , typ…………………, rok produkcji …………, producent…………., kraj…....**

**Pakiet 2\*[[1]](#footnote-1)- Bronchofiberoskop hybrydowy z monitorem LCD – 1 kpl., typ…………………, rok produkcji …………, producent…………., kraj……**

**Pakiet 3\*-**  **Bronchofiberoskop diagnostyczno – zabiegowy – 1 kpl., typ…………………, rok produkcji …………, producent…………., kraj……**

o parametrach wyszczególnionych w § 11 niniejszej umowy, stanowiącym jej integralną część, zwany dalej przedmiotem umowy, urządzeniem lub sprzętem.

**§ 2**

**Wartość dostawy**

1. Zamawiający za dostarczony i odebrany towar zapłaci Wykonawcy cenę obliczona zgodnie z cennikiem podanym w § 11 niniejszej umowy.
2. Wartość umowy netto: ………………..zł (słownie złotych: ………………………………………………………………………………………./100).
3. Cena brutto (wartość netto powiększona o podatek VAT naliczony zgodnie z obowiązującymi przepisami) **……………………. zł** (słownie złotych: ………………………………………………………………………………………./100).

1. \* Niepotrzebne skreslić [↑](#footnote-ref-1)