**Wykonawca: *Załącznik nr 1 do SWZ nr BPR/TP/08/2024***

……………………………

(*pełna nazwa/firma, adres* )

**OFERTA (wzór)**

**Nawiązując do ogłoszonego postępowania w trybie podstawowym na dostawę sprzętu medycznego- defibrylatory i pompy infuzyjne dla potrzeb Bieszczadzkiego Pogotowia Ratunkowego SPZOZ w Sanoku**

1.Oferujemy wykonanie dostawy objętej zamówieniem, zgodnie z wymogami zawartymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia za cenę :

Pakiet nr1

NETTO - .............................. PLN , BRUTTO - ............................. PLN,

Słownie - wartość netto ..................................................................................................................

Słownie - wartość brutto.................................................................................................................

zgodnie z wypełnionym Formularzem przedmiotu zamówienia, cenowym – załącznik nr 2

Pakiet nr2

NETTO - .............................. PLN , BRUTTO - ............................. PLN,

Słownie - wartość netto ..................................................................................................................

Słownie - wartość brutto.................................................................................................................

zgodnie z wypełnionym Formularzem przedmiotu zamówienia, cenowym – załącznik nr 2

Ceny podane w pkt. 1 zawierają wszelkie koszty związane z realizacją przedmiotu umowy,

**2.1 Termin płatności wynosi do 30 dni od daty wpływu do zamawiającego prawidłowej faktury VAT**

**Oferujemy okres niezmienności cen - przez okres obowiązywania umowy.**

Oświadczamy, że dostawy, stanowiące przedmiot zamówienia wykonywać będziemy w okresie zgodnie ze SWZ, **Termin wykonania-** do 30 dni od daty zawarcia umowy– zawarcia umowy

**Miejscem dostawy, montażu i uruchomienia przedmiotu zamówienia jest Bieszczadzkie Pogotowie Ratunkowe SPZOZ w Sanoku, ul. Jezierskiego 21**

**3. Oświadczamy, że dostawę/ usługę będącą przedmiotem zamówienia wykonamy sami/z udziałem podwykonawców\*( jeżeli z udziałem podwykonawców- należy wykazać poprzez złożenie wraz z ofertą stosownego oświadczenia wykazującego części zamówienia, które wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom)**

**4.Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami niniejszej Specyfikacji i uzyskaliśmy wszystkie informacje niezbędne do oszacowania ryzyka, przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia, oraz z wzorem umowy, nie wnosimy do nich zastrzeżeń i wyrażamy gotowość zawarcia umowy, uwzględniającej warunki zamawiającego oraz warunki przedstawione w ofercie.**

**5.Oświadczamy że wybór naszej oferty nie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego, zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć.** */jeżeli prowadzi należy przekreślić i złożyć odp. informację/*

**6. Oświadczamy, że niniejsza oferta zawiera/ nie zawiera \* informacji stanowiącej tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.**

**7.** Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą do dnia określonego w części XIV. SWZ - TERMIN ZWIĄZANIA Z OFERTĄ .(tj. przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert)

8. Oświadczamy, iż oferowane urządzenia -wyroby medyczne zostały dopuszczone do obrotu na mocy obowiązujących przepisów – posiadają dokumenty świadczące o dopuszczeniu do obrotu, wydane przez uprawnione organy, zgodnie z ustawą z dnia 7 kwietnia 2022 r. o Wyrobach Medycznych *(Dz. U. 2022 poz. 974z póź.zm.)*, tj. posiadają wpisy i świadectwa wydane przez uprawnione organy, odpowiednio tj. deklaracja zgodności producenta i certyfikat zgodności CE.

*Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) Zamawiający informuje, że:*

1. *administratorem danych osobowych Wykonawcy jest Bieszczadzkie Pogotowie Ratunkowe SPZOZ w Sanoku, adres: ul. Jezierskiego 21, 38-500 Sanok*
2. *administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować w sprawach przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej – dane dostępne na stronie:* [*www.bpr-spzoz.pl*](http://www.bpr-spzoz.pl/)
3. *administrator będzie przetwarzał osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO to jest w sytuacji, w której jest to niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów administratora;*
4. *dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także podmiotom, z którymi administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych). Odbiorcami danych osobowych mogą osoby lub podmioty upoważnione na podstawie przepisów obowiązującego prawa. Odbiorcami danych będą również podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 74 Pzp;*
5. *administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;*
6. *Wykonawca ma Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.*

*Dodatkowo, zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO Zamawiający informuje, że:*

1. *dane osobowe będą przetwarzane przez okres realizacji niniejszej umowy, a także przez okres wynikający z przepisów o archiwizacji oraz zgodnie z obowiązującą u Zamawiającego instrukcją kancelaryjną;*
2. *Wykonawcy przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;*
3. *podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celu. Konsekwencje niepodania danych określa ustawa Pzp;*
4. *administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o dane osobowe.*

*Oświadczam, że wypełniłem 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.\**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne   
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

Dane Wykonawcy:

Nazwa:......................................................................................................................................

Adres: .......................................................................................................................................

Województwo ...................................................................powiat..................................................

Kod:......................................Tel./fax: .....................................................................

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

NR KRS/ EDG................................................prowadzony przez…………………………….

**Adres email do kontaktów** ………………………………..…………………………………..  
Imię i Nazwisko osoby upoważnionej do realizacji umowy ................................................

Nazwisko osoby upoważnionej do kontaktów..............................tel.........................................

Imię i Nazwisko osoby upoważnionej do podpisania umowy ................................................

Telefon…………………… adres e-mail …………………………………………………

Numer rachunku bankowego do umowy :.....................................................................................

Rodzaj Wykonawcy składającego ofertę[[1]](#footnote-1):

|  |  |
| --- | --- |
|  | mikroprzedsiębiorstwo\* |
|  |  |
|  | małe przedsiębiorstwo\* |
|  |  |
|  | średnie przedsiębiorstwo\*[[2]](#footnote-2) |
|  |  |
|  | jednoosobowa działalność gospodarcza |
|  |  |
|  | osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej |
|  |  |
|  | inny rodzaj. |

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

*(podpis osoby – osób uprawnionych* *do składania oświadczeń woli*

***BPR/TP/08/2024***

**WARUNKI GWARANCJI**

**NAZWA …..................................................................................**

**TYP/ MODEL.....................................NR KATALOGOWY.............................**

**ROK PRODUKCJI.............................KRAJ PRODUKCJI..............................**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| lp | opis | Warunki gwarancji |
| 1 | Czas gwarancji na cały sprzęt w miesiącach | Na sprzęt ….. miesięcy ( min. 24 miesiące) od dnia podpisania protokołu końcowego odbioru |
| 2 | Czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia usterki | …………………..godz. (max 48 godziny)  *z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy* |
| 3 | Czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia | …………….( max 6 dni) |
| 4 | Graniczny czas naprawy gwarancyjnej po przekroczeniu którego okres gwarancji przedłuża się o czas naprawy | 7 dni |
| 5 | W przypadku awarii w okresie gwarancyjnym, dostawa sprzętu zastępczego ( gdy Zamawiający zgłosi potrzebę dostawy) |  |
| 6 | W przypadku trzykrotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu przedmiotu zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element zamówienia na nowy. | TAK |
| 7 | Przyczyny utraty prawa do gwarancji |  |
| 8 | Liczba punktów serwisowych mających autoryzacje producenta ( adres najbliższego serwisu) |  |
| 9 | Numer telefonu, faksu, e-mail na które mają być zgłaszane awarie |  |
| 10 | Wymagane przeglądy techniczne i naprawy gwarancyjne odbywają się na koszt wykonawcy  Gwarantujemy bezpłatny przegląd serwisowy sprzętu min. 2 razy przez okres trwania umowy. |  |
| 11 | Jeżeli w okresie gwarancji ujawnią się wady fizyczne urządzenia uniemożliwiające poprawne użytkowanie, urządzenia Wykonawca wymieni urządzenie na nowe. |  |
| 12 | Przeszkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia (w miejscu instalacji aparatu) |  |

Serwis pogwarancyjny

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia usterki | …………godz. (max 48 godz.) |
| 2 | Czas oczekiwania na usuniecie uszkodzenia |  |
| 3 | Koszt obsługi serwisowej |  |
| 4 | 1 roboczogodzina |  |
| 5 | Dojazd do użytkownika |  |
| 6 | Podać czas posiadania ( dostępu) części zamiennych , | …………………… (min. 5 lat) |

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

*(podpis osoby – osób uprawnionych* *do składania oświadczeń woli*

1. Właściwe zakreślić np. poprzez „wstawienie” we właściwe pole „symbolu”  lub litery x. [↑](#footnote-ref-1)
2. \* W rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców ( (t. j. Dz. U. 2019 poz. 1292 z późn. zm.) [↑](#footnote-ref-2)