**Załącznik nr 1 do SWZ**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| **Informacje dotyczące wykonawcy**  *(Identyfikacja wykonawcy):* | **Odpowiedź:** *(wypełnia wykonawca)* |
| Nazwa i adres pocztowy wykonawcy[[1]](#footnote-1): |  |
| Numer NIP:  Numer REGON:[[2]](#footnote-2) | [……]  [……] |
| Dane teleadresowe wykonawcy:  Adres pocztowy:  Telefon:  Faks:  Adres e-mail:  Adres skrzynki ePUAP na którym będzie prowadzona korespondencja związana z niniejszym postępowaniem | [……]  [……]  [……]  [……] |
| Rodzaj Wykonawcy *(wybrać odpowiednie)* | mikroprzedsiębiorstwo  małe przedsiębiorstwo  średnie przedsiębiorstwo  jednoosobowa działalność gospodarcza  osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej  inny rodzaj |
| Dane osoby upoważnionej do reprezentowania wykonawcy w postępowaniu:  Imię i nazwisko:  Stanowisko:  Podstawa umocowania: | [……]  [……]  [……] |
| Czy dokumentacja, z której wynika sposób reprezentacji wykonawcy (np. organ uprawniony do reprezentacji podmiotu) można uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych  Jeżeli powyższe dane są dostępne w formie elektronicznej, proszę wskazać dane niezbędne do ich pobrania: | [ ] Tak, można uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych  [ ] Nie   (np. adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji, identyfikator wydruku):  [**https://ems.ms.gov.pl/**](https://ems.ms.gov.pl/)  [**https://prod.ceidg.gov.pl**](https://prod.ceidg.gov.pl)**;**  [……] |

**SZCZECIŃSKIE CENTRUM ZDROWIA SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ w Szczecinie,**

**ul. Wyspiańskiego 24**

**70-497 Szczecin**

W odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu w postępowaniu prowadzonym przez SZCZECIŃSKIE CENTRUM ZDROWIA SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ w Szczecinie pod nazwą „Dostawa aparatu USG” zgodnie z ustawą z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1320, niniejszym:

1. **SKŁADAM(-Y)** ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie ze Specyfikacją Warunków Zamówienia.
2. **OŚWIADCZAM(-Y),** że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami i zasadami postępowania.
3. **OFERUJEMY** wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Cena jednostkowa netto (za 1 sztukę)** | **Stawka VAT%** | **Wartość podatku VAT**  **(za 1 sztukę)** | **Cena jednostkowa brutto  (za 1 sztukę)** | **Ilość** | **Wartość łączna oferty brutto**  **G = E x F** |
| A | B | C | D |  | E | F | G |
| 1. | Aparat USG |  | 8% |  |  | 1 sztuka |  |

1. **OŚWIADCZAMY**,że oferowany przez nas **termin dostawy** wynosi: **do …………….. kalendarzowych od dnia zawarcia umowy** *(min. do 5 dni kalendarzowych, max. do 15 dni kalendarzowych).*
2. **OŚWIADCZAMY,** że oferowany przez nas **okres gwarancji** wynosi: **……………….. m-cy (**min. 36 m-cy, max. 60 m-cy) od daty podpisania protokołu odbioru.
3. **OFERUJEMY** dostawę aparatu USG spełniającego następujące parametry/funkcje[[3]](#footnote-3):

**Tabela 1**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **OPIS / PARAMETRY WYMAGANE** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane**  **/podać zakresy lub opisać** | **Parametry punktowany** |
| **APARAT USG 1 sztuka** | | | | |
|  | Aparat fabrycznie nowy | TAK |  |  |
|  | Producent | Podać |  |  |
|  | Nazwa i typ | Podać |  |  |
|  | Kraj pochodzenia | Podać |  |  |
|  | Rok produkcji | Podać |  |  |
|  | Cyfrowy aparat ultrasonograficzny z kolorowym Dopplerem | TAK |  |  |
|  | Cyfrowy, szerokopasmowy system formowania wiązki ultradźwiękowej | TAK |  |  |
|  | Zasilanie 100 – 240 V, 50-60Hz, pobór mocy nie większy niż 600W | TAK |  |  |
|  | Dotykowy, programowalny panel sterujący LCD wbudowany w konsolę. Przekątna min. 10,1 cali | TAK |  |  |
|  | Cyfrowy płaski monitor LCD lub LED o przekątnej ekranu min. 21’’ i rozdzielczości 1920x1080, | TAK |  |  |
|  | Regulacja panelu sterowania w lewo/prawo w zakresie min 150 stopni | TAK |  |  |
|  | Dynamika systemu min. 270 dB | TAK |  |  |
|  | Liczba kanałów przetwarzania ultradźwiękowego  min. 4 000 000 | TAK, PODAĆ |  |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy aparatu min. 2 – 18 MHz | TAK |  |  |
|  | Głębokość skanowania min. 30 cm | TAK |  |  |
|  | Aparat mobilny, waga nie większa niż 85 kg | TAK |  |  |
|  | Min. 4 aktywne i równorzędne gniazda do jednoczesnego przyłączenia głowic obrazowych | TAK |  |  |
|  | Wyświetlanie na ekranie wszystkich istotnych informacji: typ i zakres pracy głowicy, aktywnej aplikacji klinicznej, głębokości penetracji, poziomu wzmocnienia, dynamiki, poziomu kontrastu, poziomu wzmocnienia koloru, nazwy przychodni i nazwiska pacjenta | TAK |  |  |
|  | Porty USB wbudowane w aparat pozwalające na zapis eksportowanych danych w formatach min. DICOM, AVI, JPG min. 2 | TAK |  |  |
|  | Podręczna pamięć powyżej 2100 obrazów (Cine Loop) z możliwością wyboru długości pętli obrazowych. | TAK |  |  |
|  | Ilość ustawień wstępnych (tzw. Presetów) programowanych przez użytkownika: minimum 30 | TAK |  |  |
|  | Podstawa jezdna z obrotowymi kołami z możliwością blokowania co najmniej dwóch z nich | TAK |  |  |
|  | Możliwość regulacji wysokości konsoli w zakresie min 12 cm lub zakres regulacji pulpitu góra/dół w zakresie  min. 11 cm | TAK |  |  |
|  | Wbudowany moduł EKG wraz z zestawem kabli | TAK |  |  |
|  | Klawiatura alfanumeryczna do wprowadzania danych pacjenta na ekranie dotykowym lub wysuwanej klawiaturze | TAK |  |  |
|  | **Jednostka centralna - tryby obrazowania** |  |  |  |
|  | Tryby obrazowania:  - 2D  - M-Mode  - Kolor M-mode  - Doppler pulsacyjny i HPRF  - Doppler ciągły  - Doppler kolorowy  - Doppler tkankowy kolorowy oraz spektralny | TAK |  |  |
|  | Częstotliwość odświeżania obrazu (Frame rate) w 2D min. 1600 Hz | TAK |  |  |
|  | Zoom min 8x w obrazach zatrzymanych i w czasie rzeczywistym | TAK |  |  |
|  | Zasięgowa regulacja wzmocnienia (TGC i LGC)  min. w 8 strefach oraz LGC min. w 2 strefach lub z regulacją strefową TGC w 8 zakresach oraz automatyczną regulacją LGC | TAK |  |  |
|  | Automatyczna optymalizacja obrazu 2D przy pomocy jednego klawisza | TAK |  |  |
|  | Jednoczesna prezentacja 2D i M-Mode w różnych proporcjach wielkości oraz prezentacji M-mode | TAK |  |  |
|  | Jednoczesna prezentacja 2D/Color Doppler i 2D | TAK |  |  |
|  | Jednoczesna prezentacja 2D/Color i PW TRIPLEX lub CW TRIPLEX o różnych wzajemnych proporcjach oraz całego spektrum na ekranie | TAK |  |  |
|  | Korekcja bramki dopplerowskiej ± 80°. | TAK |  |  |
|  | Regulacja szerokości bramki dopplerowskiej w granicach min 1 -20 mm | TAK |  |  |
|  | Maksymalna mierzona prędkość w trybie Dopplera ciągłego dla zerowego kąta korekcji min. 25m/s | TAK |  |  |
|  | Wybór map koloru kodujących przepływ | TAK |  |  |
|  | Praca w trybie wielokierunkowego emitowania i składania wiązki ultradźwiękowej z głowic w pełni elektronicznych, z min. 9 kątami emitowania wiązki tworzącymi obraz 2D na głowicy liniowej. Wymóg pracy dla trybu 2D oraz w trybie obrazowania harmonicznego | TAK |  |  |
|  | Czas akwizycji obrazów regulowany przez operatora w zakresie od min. 1 do 45 sekund | TAK |  |  |
|  | Specjalistyczne oprogramowanie wraz z pełnymi pakietami pomiarowymi do badań Specjalistyczne oprogramowanie do:  - badań jamy brzusznej,  - badań naczyniowych,  - badań TCD,  - badań małych narządów,  - badań mięśniowo-szkieletowych,  - MSK  - kardiologicznych dorosłych  - ginekologicznych, położniczych  -badań stress echo ( badania obciążeniowe, z aktywizacją obrazów jednoklatkowych i sekwencji lewej komory w każdym do min. 10 etapów, do min. 40 projekcji każdego etapu, od min 1 do 180 sek. Długości aktywizacji) | TAK |  |  |
|  | Funkcja zduplikowania na ekranie dotykowym obrazu ultrasonograficznego z monitora aparatu celem ułatwienia wykonywania procedur interwencyjnych. | TAK |  |  |
|  | **Archiwizacja obrazów** |  |  |  |
|  | Rejestracja „klipów” sekwencji obrazów | TAK |  |  |
|  | Wewnętrzny dysk twardy ultrasonografu min. 500 GB, formaty zapisu min. DICOM, AVI, JPG | TAK |  |  |
|  | Możliwość podłączenia aparatu do dowolnego komputera PC z zainstalowanym oprogramowaniem serwera DICOM kablem sieciowym 100 Mbps w celu wysyłania danych (obrazy, raporty) | TAK |  |  |
|  | Videoprinter czarno-biały | TAK |  |  |
|  | **Głowice** |  |  |  |
|  | **Głowica sektorowa typu „purewave „ do badań kardiologicznych (wykonana w technologii spolaryzowanych kryształów)** | TAK |  |  |
|  | Głowica”, zakres min 1 – 5 MHz (+/-1MHz)  - obrazowanie harmoniczne | TAK |  |  |
|  | - ilość elementów min. 88 | TAK |  |  |
|  | **Głowica konweksowa do badań jamy brzusznej** | TAK |  |  |
|  | Zakres częstotliwości min 1 – 6 MHz:  (+/-1MHz)  - obrazowanie harmoniczne | TAK |  |  |
|  | - ilość elementów min. 192 | TAK, PODAĆ |  |  |
|  | **Głowica liniowa do badań powierzchniowych i małych narządów** | TAK |  |  |
|  | Zakres częstotliwości min 4 – 12 MHz:  (+/-1MHz)  - obrazowanie harmoniczne | TAK |  |  |
|  | - ilość elementów min. 192 | TAK, PODAĆ |  |  |
|  | **Możliwość rozbudowania na dzień składania oferty** |  |  |  |
|  | Moduł ( software i hardware) do komunikacji w trybie DICOM 3.0 do przesyła\nia obrazów i danych min. klasy DICOM PRINT STORE, WORKLIST, raporty strukturalne (SR) | TAK |  |  |
|  | Oprogramowanie do ilościowej i jakościowej ocena funkcji kurczliwości LV bazująca na 3 projekcjach z wykorzystaniem Strain obrazu 2D i rezultatem w postaci wykresów Strain oraz „byczego oka” | TAK |  |  |
|  | Głowica sektorowa przezprzełykowa typu „matrycowego” do wyboru z zakresu min. 3,5-6,5 MHz   * ilość elementów piezoelektrycznych min. 2500 elementów * dostępne tryby pracy: 2D, CD, PW, CW, TDI, PW TDI, THI, * M-mode, Kolor M-mode, | TAK |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o opcję automatycznego pomiaru kompleksu Intima Media | TAK |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o głowice objętościowe typu Conwex (min. 2-6 MHz; min. 190 elementów ) oraz endo-waginalna (min. 3-9 MHz, min. 160° (FOV) do obrazowania 3D/4D | TAK |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o obrazowanie 3D/4D z głowic tzw. wolumetrycznych; prędkość odświeżania min. 25 VPS | TAK |  |  |
|  | Głowicę liniową szerokopasmowa o zakresie częstotliwości emitowanych min. 5.0 – 12.0 MHz; obrazowanie harmoniczne, liczba elementów min. 256; Długość czoła głowicy (FOV) min. 50 mm - Możliwość zastosowania przystawki biopsyjnej lub z możliwością rozbudowy o głowicę liniową o 192 elementach (spełniającą pozostałe parametry) | TAK |  |  |
|  | Głowica sektorowa pediatryczna szerokopasmowa, o zakresie częstotliwości emitowanych min. 3.0 MHz -8.0 MHz; obrazowanie harmoniczne; kąt widzenia min. 90°; (ilość elementów min. 90)  Tryby pracy min. 2D, Color Doppler, PW Doppler, | TAK |  |  |
|  | Możliwość powiększania obrazu diagnostycznego (sektorowego) wraz z informacjami ogólnymi oraz informacjami liczbowymi dotyczącymi nastaw aparatu do wielkości min. 80% powierzchni monitora | TAK |  |  |
|  | Poziom hałasu włączonego systemu - podać | PODAĆ |  |  |

**Tabela 2**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***WARUNKI DOSTAWY* I *SERWISU GWARANCYJNEGO*** | | ***Parametr wymagany[[4]](#footnote-4)*** |
| **1.** | Rok produkcji oferowanego urządzenia – nie wcześniej niż 2023r. | TAK |
| **2.** | Okres gwarancji jakości min. 36 miesięcy od daty podpisania protokołu odbioru. | TAK, podać |
| **3.** | Dostawa montaż i instalacja urządzeń / sprzętów przez upoważnionego pracownika Wykonawcy w miejsce wskazanym przez Zamawiającego . | TAK |
| **4.** | W okresie gwarancji jakości obowiązkowo dokonać nieodpłatnie przeglądy techniczne (nie mniej niż wynika z zaleceń i wskazań producenta, ostatni przegląd na koniec okresu gwarancyjnego); przeglądy każdorazowo potwierdzone raportem serwisowym określającym szczegółowy zakres wykonanych czynności. | TAK,  ………….  (zaleca się podanie częstotliwości przeglądów) |
| **5.** | W okresie gwarancji jakości , po wykonaniu max. 3 napraw tego samego podzespołu / urządzenia wymaga się wymiany tego podzespołu / urządzenia na nowe. | TAK |
| **6.** | Czas naprawy urządzenia wynosi max. 2 dni od zgłoszenia emailem, faxem bądź tel. na wskazany numer (dotyczy dni roboczych). Termin może ulec wydłużeniu o czas niezbędny do sprowadzenia uszkodzonego elementu, jednak nie dłużej łącznie niż do 5 dni roboczych – Wykonawca ma obowiązek dostarczenia urządzenia zastępczego najpóźniej w 5 dniu roboczym od zgłoszenia. | TAK |
| **7.** | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny producenta / autoryzowany przez producenta na terenie UE. | TAK |
| **8.** | Wraz z dostawą przedmiotu zamówienia wymagane dokumenty:   1. Instrukcja obsługi w języku polskim (lub przetłumaczona na język polski) w formie wydrukowanej i w wersji elektronicznej na nośniku danych (płyta CD/DVD lub pamięć USB). 2. Deklaracje zgodności dla wyrobu medycznego | TAK |
| **9.** | Wypełnione karta gwarancyjna oraz paszport techniczny na urządzenie | TAK |
| **10.** | Gwarancja produkcji części zamiennych na min. 10 lat od dostawy. | TAK |
| **11.** | Instruktaż obsługowy, szkolenie dla personelu medycznego (min. 2 osób) w miejscu użytkowania sprzętu zakończone protokołem. | TAK |
| **12.** | Miejsce realizacji uprawnień gwarancyjnych : siedziba Zamawiającego | TAK |
| **13.** | Aktualny dokument dopuszczający do obrotu (tj. atest, świadectwo, certyfikat EC wydany przez jednostkę notyfikowaną, deklaracja zgodności CE). | TAK |

1. Czy wybór oferty będzie prowadził do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego **TAK/NIE** *(niepotrzebne skreślić):*.

Jeżeli Wykonawca wskaże **TAK** (powstanie obowiązek podatkowy u Zamawiającego) Wykonawca wskazuje rodzaj towaru której ten obowiązek dotyczy ……………………………. (nazwa towaru).

Cena netto (bez podatku VAT) ……………. (**Uwaga!** Dotyczy tylko dostaw dla których obowiązek podatkowy

przechodzi na Zamawiającego);

Stawka podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą Wykonawcy będzie miała zastosowanie ……..

1. **UWAŻAMY SIĘ** za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w SWZ.
2. **OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się ze wzorem umowy i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w Specyfikacji Warunków Zamówienia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
3. **OŚWIADCZAMY,** że oferta zawiera informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Informacje takie zawarte są w następujących dokumentach: …………………………………………………………….
4. **OŚWIADCZAMY,** że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[5]](#footnote-5) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu[[6]](#footnote-6).
5. **OŚWIADCZAMY**, że oferowany wyrób medyczny[[7]](#footnote-7):

**□** został zgłoszony Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych;

□ dokonano powiadomienia Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych o wyrobie w trybie ustawy o wyrobach medycznych;

□ brak jest obowiązku posiadania wyżej wymienionych dokumentów co uzasadniamy w następujący sposób:

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

□ posiada deklarację zgodności;

oraz że złożymy ww. dokumenty/oświadczenia na każde żądanie Zamawiającego.

1. **ZAMÓWIENIE ZREALIZUJEMY** sami/ **ZAMIERZAMY** powierzyć podwykonawcom wykonanie następujących części zamówienia *(niepotrzebne skreślić):*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ZAMIERZAMY** powierzyć wykonanie części zamówienia następującym podwykonawcom (jeżeli są znani):

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. W przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy (firmy) i dokładne adresy wszystkich członków konsorcjum

   lub spółki cywilnej. [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie numer NIP i REGON wszystkich członków konsorcjum lub spółki

   cywilnej. [↑](#footnote-ref-2)
3. Należy wypełnić poniższą tabelę [↑](#footnote-ref-3)
4. [↑](#footnote-ref-4)
5. 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). [↑](#footnote-ref-5)
6. *skreślić 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* [↑](#footnote-ref-6)
7. Zaznaczyć właściwe / uzasadnić [↑](#footnote-ref-7)