|  |
| --- |
| Załącznik nr 1 do SWZ  Nazwa Wykonawcy  ………………………………………………………………  ………………………………………………………………  Adres siedziby …………………………………………………………………………………………  Adres do korespondencji ……………………………………………………………………................  tel. - …………………........................... E-mail: ………………………………………………  NIP: ……………………………………… REGON: ………………………………………… |

**OFERTA**

W odpowiedzi na ogłoszenie w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie podstawowym na **Zakup i dostawa wyposażenia pracowni higienistki stomatologicznej w ramach projektu AKTYWNA SZKOŁA 3**

**składam ofertę** i oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia objętego niniejszym postępowaniem, zgodnie z wymogami określonymi w postępowaniu za kwotę brutto **………………** zł (słownie: **………...………….……………………………….** zł) w tym:

1. **Część I – dostawa urządzeń i narzędzi**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa sprzętu** | **Nazwa producenta, marka, typ, model urządzenia** | **Ilość sztuk** | **Okres gwarancji**  **(miesiące)**  *udzielona na całą część* | **Cena netto** | **Podatek**  **VAT (stawka %)** | **Cena brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 7 | 6 | 7 |
| Nożyczki wygięte |  | 1 |  |  |  |  |
| Zestawy diagnostyczne (lusterko, pęseta, zgłębnik) |  | 8 |  |  |  |
| Szczoteczki na kątnicę kielich |  | 15 |  |  |  |
| Szczoteczki na kątnicę płomyk |  | 15 |  |  |  |
| Opakowanie zbiorcze gumek polerskich do profilaktyki o kształcie kielicha, płomyka i tarczy |  | 1 |  |  |  |
| Kątnica profilaktyczna |  | 2 |  |  |  |
| Gumki do kątnicy – opakowanie zbiorcze |  | 1 |  |  |  |
| Kątnica 1:1 ze światłem |  | 2 |  |  |  |
| Kolornik do wybielania zębów |  | 1 |  |  |  |
| Wiertła stomatologiczne do kątnicy |  | 30 |  |  |  |
| Wiertła stomatologiczne do turbiny |  | 30 |  |  |  |
| Paski do profilaktyki z nasypem diamentowym (pakowane po 10 szt.) |  | 30 |  |  |  |
| Zagłówek profilaktyczny dentystyczny |  | 6 |  |  |  |
| Kleszcze ortodontyczne do cięcia drutu grubego i cienkiego |  | 2 |  |  |  |
| Zestaw zamków ortodontycznych (zamki standardowe, bezligaturowe, estetyczne) |  | 3 |  |  |  |
| Paski perforowane |  | 2 |  |  |  |
| Sonda stomatologiczna do bifurkacji |  | 10 |  |  |  |
| Tip do skalerów |  | 3 |  |  |  |
| Ciśnieniomierz naramienny z mankietem |  | 1 |  |  |  |
| Pulsoksymetr medyczny napalcowy do pomiaru saturacji i tętna |  | 1 |  |  |  |
| Szczoteczka magnetyczna IO |  | 1 |  |  |  |
| Razem brutto | | | | | |  |

1. **Część II – dostawa materiałów eksploatacyjnych**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa sprzętu** | **Nazwa producenta, marka, typ, model urządzenia** | **Ilość sztuk** | **Okres gwarancji**  **(miesiące)** *udzielona na całą część* | **Cena netto** | **Podatek**  **VAT (stawka %)** | **Cena brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Soflexy - opakowanie |  | 1 |  |  |  |  |
| Kolornik do wybielania zębów |  | 1 |  |  |  |
| Kalka podkówka opakowanie |  | 3 |  |  |  |
| Kalka podłużna |  | 1 |  |  |  |
| Płynny koferdam strzykawki |  | 2 |  |  |  |
| Materiał Flow |  | 5 |  |  |  |
| Materiały stomatologiczne – cementy dentystyczne |  | 20 |  |  |  |
| Bond |  | 1 |  |  |  |
| Wkłady do spluwaczki (pakowane po 50 szt.) |  | 30 |  |  |  |
| Końcówki do ślinociągu |  | 15 |  |  |  |
| Jednorazowe kubeczki (pakowane po 100 szt.) |  | 15 |  |  |  |
| Zestaw rękawiczek (opakowanie rozm. S, M i L) |  | 30 |  |  |  |
| Maseczki medyczne (opakowanie min. 50 szt.) |  | 15 |  |  |  |
| Rurki policzkowe (8 szt. każdego trzonowca) |  | 64 |  |  |  |
| Zestaw piasków stomatologicznych |  | 30 |  |  |  |
| Zestaw jednorazowych rozwieraków (po 2 opakowania rozmiaru S, M, Junior) |  | 3 |  |  |  |
| Płynne szkliwo |  | 3 |  |  |  |
| Żel antyseptyczny typu Elugel |  | 3 |  |  |  |
| Zestaw lakierów (Fluor Protector, Fluor Dose, lakier w żelu, pianka do fluoryzacji) |  | 1 |  |  |  |
| Pasta polerska |  | 3 |  |  |  |
| Żel wybarwiający płytkę nazębną |  | 1 |  |  |  |
| Tabletki wybarwiające płytkę nazębną |  | 10 |  |  |  |
| Fluor utwardzający (materiał do uszczelniania bruzd oraz szczelin na powierzchni zębów) |  | 1 |  |  |  |
| Paski perforowane |  | 2 |  |  |  |
| Torebki do sterylizacji (opakowanie) |  | 6 |  |  |  |
| Środek do dezynfekcji narzędzi dużych 2,5L |  | 3 |  |  |  |
| Środek do dezynfekcji narzędzi obrotowych 5L |  | 2 |  |  |  |
| Środek do dezynfekcji wycisków 750 ml |  | 5 |  |  |  |
| Nitki dentystyczne (opakowanie) |  | 6 |  |  |  |
| Szczoteczki jednorazowe (opakowanie 100 szt.) |  | 2 |  |  |  |
| Razem brutto | | | | | |  |

1. **Część III – dostawa modeli stomatoligicznych**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa sprzętu** | **Nazwa producenta, marka, typ, model urządzenia** | **Ilość sztuk** | **Okres gwarancji**  **(miesiące)** *udzielona na całą część* | **Cena netto** | **Podatek**  **VAT (stawka %)** | **Cena brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Model z zamkami orto – ortodontyczny model demonstracyjny |  | 2 |  |  |  |  |
| Model do ćwiczeń z zapaleniem przyzębia umożliwiający naukę sondowania |  | 1 |  |  |  |
| Razem brutto | | | | | |  |

Szczegółowy opis oferowanego sprzętu zawiera załącznik do niniejszej oferty – sporządzony wg wzoru stanowiącego zał. nr 3 do SWZ

1. Oświadczam, iż gwarantuję wykonanie przedmiotu zamówienia w terminie do 31.12.2025r.
2. Oświadczam, iż zatrudniam w wymiarze co najmniej 0,25 pełnego wymiaru czasu pracy   
   i skieruję do realizacji przedmiotu zamówienia min. 1 osobę z niepełnosprawnością   
   w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych

TAK\*  NIE\*

Zakres czynności wykonywanych przez ww. osobę będzie następujący (*brak obowiązku wypełnienia treści, jeśli Wykonawca oświadczy, że do realizacji zamówienia nie skieruje min. 1 osoby z niepełnosprawnością):*

……………………………………………………………………………………………,

……………………………………………………………………………………………,

W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do przedłożenia Zamawiającemu   
(w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego) kserokopii potwierdzonych za zgodność   
z oryginałem dokumentów poświadczających fakt zatrudniania osoby   
z niepełnosprawnościami tj.:

1. orzeczenia o niepełnosprawności lub zaświadczenia lekarskiego,
2. umowy o pracę wraz z zakresem obowiązków jakie osoba z niepełnosprawnością będzie pełnić przy realizacji przedmiotu zamówienia,
3. oświadczenia dotyczącego wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych przez daną osobę z niepełnosprawnością

Przyjmuję do wiadomości, że:

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo weryfikacji spełnienia kryterium na etapie realizacji zamówienia.
2. W przypadku niedopełnienia obowiązku zatrudnienia w sposób nieprzerwany przy realizacji przedmiotu zamówienia osoby z niepełnosprawnością (zgodnie z deklaracją Wykonawcy), Wykonawca będzie zobowiązany do zapłacenia Zamawiającemu kary umownej w wysokości 5% wartości wynagrodzenia netto za każdy rozpoczęty miesiąc, w którym Wykonawca nie dopełnił tego obowiązku.
3. Oświadczam, że akceptuję termin zapłaty wynagrodzenia wskazany w ogłoszeniu i zagwarantuję wykonanie całości przedmiotu zamówienia przy założeniu, że zapłata wynagrodzenia dokonana będzie na podstawie faktur / rachunków wystawionych po podpisaniu protokołów odbioru zrealizowanego bez usterek i wad zrealizowanej przedmiotu zamówienia płatna w formie przelewu na rachunek bankowy Wykonawcy tam wskazany w terminie do 30 dni od dnia jej doręczenia Zamawiającemu.
4. Oświadczam, że załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny, aktualny na dzień otwarcia ofert.
5. Akceptuję projekt umowy i w sytuacji wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach zawartych w ogłoszeniu, w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
6. Oświadczam, iż oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny z wymogami Zamawiającego określonymi w ogłoszeniu.
7. Informacje stanowiące tajemnicę Wykonawcy znajdują się na następujących stronach oferty:……………………………………………………………………………………… …………………………………. do, których tylko Zamawiający ma możliwość wglądu.
8. Wykonawca oświadcza, że jest:

mikroprzedsiębiorstwem (przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR)\*;

małym przedsiębiorstwem (przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR)\*;

średnim przedsiębiorstwem (przedsiębiorstwo, 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)\*;

innym niż ww.\*

1. Załącznikami do niniejszego formularza stanowiącymi integralną część oferty są:

|  |  |
| --- | --- |
| * + - 1. ………………………………………       2. ………………………………………       3. ……………………………………… | * + - 1. ………………………………………       2. ………………………………………       3. ……………………………………… |

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………  miejscowość data | ………………………………………………………  podpis osoby upoważnionej |

\* zaznaczyć właściwe.