**Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego** *nr 2024-75367-206070*

**FORMULARZ OFERTY**

Ja/My, niżej podpisany/-i**\***:

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

(działając w imieniu i na rzecz:

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

(pełna nazwa Wykonawcy)

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

(adres Wykonawcy - ulica, kod pocztowy, miejscowość, województwo, kraj)

….................................................................................................................................................

(adres do korespondencji)

Nr tel. …..............................; Nr faksu …...............................; e-mail …..........................................

Nr KRS ….............................; /NIP …....................................; REGON …........................................

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr 2024-75367-206070 na dotyczące

**dostawy urządzeń do salonu medycyny estetycznej**

1. Składam/-y\* niniejszą ofertę w imieniu własnym / jako Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia\*.
2. Oświadczam/-y\*, że spełniam/-y\* wszystkie warunki określone w zapytaniu ofertowym.
3. Oferuję/-my\*

**W zakresie części I:** realizację przedmiotu zamówienia zgodnie z zapytaniem ofertowym za łączną cenę

Cena oferty netto:…………………………PLN, słownie: ……………………………………………………………………..

Wartość VAT: ………………PLN, słownie: …………………………………….……………………………………………...

Cena oferty brutto:……………………PLN, słownie:……………………………………………………..…………………...

Oraz zapewniając poniższe warunki:

Termin dostawy zamówienia (w dniach) …………………….

Ilość głowic zabiegowych dedykowanych różnym obszarom ciała (ilość sztuk głowic) …………….

Temperatura działania kriolipolizy (temperatura w stopniach Celsjusza) ……………………

**W zakresie części II:** realizację przedmiotu zamówienia zgodnie z zapytaniem ofertowym za łączną cenę

Cena oferty netto:…………………………PLN, słownie: ……………………………………………………………………..

Wartość VAT: ………………PLN, słownie: …………………………………….……………………………………………...

Cena oferty brutto:……………………PLN, słownie:……………………………………………………..…………………...

Oraz zapewniając poniższe warunki:

Termin dostawy zamówienia (w dniach) …………………….

**W zakresie części III:** realizację przedmiotu zamówienia zgodnie z zapytaniem ofertowym za łączną cenę

Cena oferty netto:…………………………PLN, słownie: ……………………………………………………………………..

Wartość VAT: ………………PLN, słownie: …………………………………….……………………………………………...

Cena oferty brutto:……………………PLN, słownie:……………………………………………………..…………………...

Oraz zapewniając poniższe warunki:

Termin dostawy zamówienia (w dniach) …………………….

**W zakresie części IV:** oferuję realizację przedmiotu zamówienia zgodnie z zapytaniem ofertowym za łączną cenę Cena oferty netto:…………………………PLN, słownie: ……………………………………………………………………..

Wartość VAT: ………………PLN, słownie: …………………………………….……………………………………………...

Cena oferty brutto:……………………PLN, słownie:……………………………………………………..…………………...

Oraz zapewniając poniższe warunki:

Termin dostawy zamówienia (w dniach) …………………….

1. Oświadczam/-my\*, że oferuję/-my\* następujące rozwiązania:

**Część I**

**Urządzenie do kriolipolizy**

Producent:……………………………

Model:…………………………………

Rok produkcji:……………..….

Okres gwarancji:....................

**Opis działania i podstawowych funkcji urządzenia**

Urządzenie przeznaczone do redukcji tkanki tłuszczowej z różnych obszarów ciała poprzez kontrolowane schładzanie, czyli kriolipolizę. Urządzenie w bezpiecznym procesie ma doprowadzać do apoptozy (śmierci komórek tłuszczowych) i znacznie zmniejszać ich ilość, dzięki czemu następować ma wymodelowanie i wyszczuplenie danych partii ciała.

**Wymagane i oceniane parametry**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Urządzenie do kriolipolizy** | **PARAMETRY WYMAGANE / OCENIANE (TAK/NIE)** | **POTWIERDZENIE PARAMETRÓW TAK/NIE** |
| **1** | Technologia do kriolipolizy za pomocą głowic, | TAK |  |
| **2** | Urządzenie powinno zawierać **minimum 6 do 9 głowic do kriolipolizy** zabiegowych dedykowanych różnym obszarom ciała | TAK |  |
| **3** | możliwość podpięcie minimum 4 głowic równocześnie. | TAK |  |
| **4** | Praca przy temperaturze minimum -**8 do -10 st. Celsjusza.** | TAK |  |
| **5** | Wymiary (przykładowe lub zbliżone) - 75 cm szer./58 cm głęb./112 cm wys. | TAK |  |
| **6** | Masa (przykładowa bądź zbliżona)- 39 kg | TAK |  |
| **7** | Wymagania elektryczne: - 100-240 V, 50/60 Hz, 2400 WP | TAK |  |
| **8** | Bezpłatne przeszkolenie z zakresu użytkowania urządzenia | TAK |  |

Oświadczam, że będące przedmiotem zamówienia urządzenie jest fabrycznie nowe. Nie jest to urządzenie demonstracyjne.

**Część II**

**Urządzenie do liftingu skóry, redukcji tkanki tłuszczowej**

Producent:……………………………

Model:…………………………………

Rok produkcji:……………..….

Okres gwarancji:....................

**Opis działania i podstawowych funkcji urządzenia**

Urządzenie wyposażone w minimum dwie technologie umożliwiające lifting skóry, redukcję tkanki tłuszczowej oraz cellulitu. Technologia Trilipo RF (lub równoważna) podgrzewa skórę właściwą, skracając włókna kolagenowe oraz stymulując produkcję nowych. Skutkiem tego jest poprawa napięcia oaz zagęszczenie skóry. Trilipo RF rozgrzewa komórki tłuszczowe, upłynniając ich zawartość. Zabieg wykorzystuje technologię łączącą minimum trójpolarną falę radiową z inną technologią wspomagającą, DMA (lub równoważną). Działając jednocześnie zarówno na skórę właściwą, komórki tłuszczowe, jak i mięśnie, otrzymujemy efekty już przy pierwszym zabiegu.

Technologia DMA (lub równoważna) powoduje drenaż limfatyczny, który pomaga opróżnić płynną zawartość komórek tłuszczowych. Wspomaga krążenie i dotlenia komórki. Efektem jednoczesnego zastosowania tych dwóch technologii jest utrata centymetrów w obwodzie oraz wymodelowanie sylwetki.

**Wymagane i oceniane parametry**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Urządzenie do liftingu skóry, redukcji tkanki tłuszczowej** | **PARAMETRY WYMAGANE / OCENIANE (TAK/NIE)** | **POTWIERDZENIE PARAMETRÓW TAK/NIE** |
| **1** | Technologia DMA (lub zbliżona w finalnym działaniu na skórę) | TAK |  |
| **2** | Technologia fal radiowych - minimum fale radiowe 1 MHZ | TAK |  |
| **3** | Urządzenie powinno być wyposażone co najmniej w 3 głowice o różnej wielkości, które dopasują się do każdej części ciała oraz twarzy, | TAK |  |
| **4** | Wymiary (przykładowe lub zbliżone): 49 cm szer./57 cm głęb./127 cm wys., Masa:22 kg, | TAK |  |
| **5** | Wymagania elektryczne: 100-240 V, 50/60 Hz, max 2,2 A. | TAK |  |
| **6** | Bezpłatne przeszkolenie z zakresu użytkowania urządzenia | TAK |  |

Oświadczam, że będące przedmiotem zamówienia urządzenie jest fabrycznie nowe. Nie jest to urządzenie demonstracyjne.

**Część III**

**Wielofunkcyjne urządzenie do peelingu, dotlenienia i liftingu skóry**

Producent:……………………………

Model:…………………………………

Rok produkcji:……………..….

Okres gwarancji:....................

**Opis działania i podstawowych funkcji urządzenia**

Urządzenie umożliwia szeroki zakres zabiegów pielęgnacyjnych i odmładzających. W urządzeniu każda zastosowana technologia może być stosowana oddzielnie w formie zabiegu pielęgnacyjnego, aby zadziałać efektywnie i jednostopniowo na skórę, lub łącznie – w celu uzyskania pełnego efektu synergii i odżywienia i odmłodzenia. Wykorzystanie głowicy RF podczas zabiegu pozwala na pobudzenie odnowy skóry poprzez stymulowanie produkcji jej włókien kolagenowych i elastyny. Skoncentrowana energia RF w sposób bezpieczny i efektywny powoduje kontrolowane ogrzewanie skóry właściwej, prowadząc do jej obkurczenia i ujędrnienia. Zastosowanie fal ultradźwiękowych wpływa na poprawę krążenia krwi w skórze, a tym samym przyspieszenie transportu i wchłaniania składników aktywnych. Wibracje fal wywołują dodatkowo zmianę układu komórek naskórka w celu zwiększenia przepuszczalności warstwy rogowej i poprawy odżywienia skóry.

**Wymagane i oceniane parametry**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Urządzenie do wygładzania, dotlenienia i liftingu skóry** | **PARAMETRY WYMAGANE / OCENIANE (TAK/NIE)** | **POTWIERDZENIE PARAMETRÓW TAK/NIE** |
| **1** | Technologia Oxygeneo (lub równoważna) -wibrująca głowica do aktywacji dedykowanych kapsułek | TAK |  |
| **2** | Technologia Tripollar RF lub równoważna) -skoncentrowana energii RF (fal radiowych) z dedykowaną głowicą | TAK |  |
| **3** | Technologia Ultrasound, (lub równoważna) - technologia fal ultradźwiękowych z dedykowaną głowicą | TAK |  |
| **4** | W urządzeniu każda technologia może być stosowana oddzielnie w formie zabiegu pielęgnacyjnego, | TAK |  |
| **5** | Urządzenie wykorzystuje do zabiegów dedykowane, kapsułki, sera i primer żele, aby wzmocnić działanie odżywcze i wygładzające. | TAK |  |
| **6** | Wymiary (przykładowe lub zbliżone) :38 cm wys./ 38,2 cm szer./28,2 cm głęb., | TAK |  |
| **7** | Masa (przykładowe lub zbliżone):4,4 kg, | TAK |  |
| **8** | Wymagania elektryczne:100-240V~50/60Hz,600Ma. | TAK |  |
| **9** | Bezpłatne przeszkolenie z zakresu użytkowania urządzenia | TAK |  |

Oświadczam, że będące przedmiotem zamówienia urządzenie jest fabrycznie nowe. Nie jest to urządzenie demonstracyjne.

**Część IV**

**Urządzenie do mikroigłowego liftingu, rewitalizacji skóry**

Producent:……………………………

Model:…………………………………

Rok produkcji:……………..….

Okres gwarancji:....................

**Opis działania i podstawowych funkcji urządzenia**

Urządzenie umożliwia biostymulację skóry, za pomocą mikronakłuwania i podgrzewania dochodzi do mikroskopijnych uszkodzeń, a następnie do stymulacji produkcji nowego kolagenu i elastyny, więc tym samym do zagęszczenia i ujędrnienia skóry.

Dodatkowo głowica wyposażona jest w światło LED minimum w kolorze czerwonym oraz niebieskim mające na celu przyspieszenie procesu gojenia się skóry oraz aktywacje komórek, cera uzyskuje zdrowy koloryt, napięcie oraz gładkość.

Zabiegi z wykorzystaniem tego urządzenia pozwalają na odmłodzenie i ujędrnienie skóry, redukcje blizn, zagęszczenie i wyrównanie struktury skóry, redukcja rozstępów, wypełnienie drobnych i głębokich zmarszczek.

**Wymagane i oceniane parametry**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Urządzenie do mikroigłowego liftingu, rewitalizacji skóry.** | **PARAMETRY WYMAGANE / OCENIANE (TAK/NIE)** | **POTWIERDZENIE PARAMETRÓW TAK/NIE** |
| **1** | Technologia precyzyjnego frakcjonowania mikroigłowego RF | TAK |  |
| **2** | Głowica wyposażona w światło LED minimum w kolorze czerwonym oraz niebieskim, | TAK |  |
| **3** | Urządzenie wykorzystujące głowicę z minimum 36 mikroigłami, które posiadają złote, częściowo izolowane końcówki oraz nieizolowane. | TAK |  |
| **4** | mikronakłuwanie z falą radiową o głębokości minimum - 0.5 do 3.5 mm, | TAK |  |
| **5** | Częstotliwość fali radiowej minimum 2 rodzaje, 1 MHz oraz 2 MHz, | TAK |  |
| **6** | Wymiary - 38 cm szer./(przykład lub przybliżone) 34 cm głęb./120 cm wys., Masa - 24 kg, | TAK |  |
| **7** | Wymagania elektryczne: - 100/230 V, 50/60 Hz, jedna faza. | TAK |  |
| **8** | Bezpłatne przeszkolenie z zakresu użytkowania urządzenia | TAK |  |

Oświadczam, że będące przedmiotem zamówienia urządzenie jest fabrycznie nowe. Nie jest to urządzenie demonstracyjne.

1. Przyjmuję/-my\* termin płatności do 30 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej przez Wykonawcę faktury VAT.
2. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres wskazany w zapytaniu ofertowym, licząc od dnia upływu terminu składania ofert.
3. Oświadczamy, że oferta nie zawiera\*/zawiera\* informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Informacje takie zawarte są w następujących dokumentach: ........................................................................................................................................... (Informacje stanowiące tajemnice przedsiębiorstwa należy złożyć w odrębnym pliku).
4. Zobowiązuję/-my\* się - w przypadku wybrania niniejszej oferty - do podpisania umowy w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.
5. Zapoznałem/zapoznaliśmy\* się z zapytaniem ofertowym i nie wnoszę/simy\* do niego zastrzeżeń oraz uzyskałem/uzyskaliśmy\* konieczne informacje niezbędne do właściwego przygotowania oferty i wykonania zamówienia.
6. Zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej zawartą w zapytaniu ofertowym,   
   w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz o przysługujących mi prawach.
7. Wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[1]](#footnote-1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

……………………….......................................

*Data i podpis*

\*) niepotrzebne skreślić

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). [↑](#footnote-ref-1)