**Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego** *nr 2024-76992-200718*

**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 2024-76992-200718 na dotyczące

**dostawy urządzeń do gabinetu stomatologicznego**

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:……………………………………………………..…………………...

**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:……………………………………………………..…………………...

**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:……………………………………………………..…………………...

**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:……………………………………………………..…………………...

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

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

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

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

**W zakresie części VI:** 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:……………………………………………………..…………………...

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

**Część I**

Producent:……………………………

Model:…………………………………

Certyfikaty:……………………………

Rok produkcji:……………..….

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **SKANER WEWNĄTRZUSTNY** | **PARAMETRY WYMAGANE / OCENIANE** | **POTWIERDZENIE PARAMETRÓW** |
| 3. | Technologia Multi-Direct Capture lub równoważna | TAK |  |
| 4. | cyfrowy wycisk 3 D | TAK |  |
| 5. | Wizualizacje IOS PRO; IOS | TAK |  |
| 6. | odległość rejestracji obrazów: 25 mm | TAK |  |
| 7. | Ekran dotykowy Full HD min. 21,5’’ | TAK |  |
| 8. | Bezpośredni przesył danych ze skanera do laboratorium dentystycznego | TAK |  |
| 9. | Kabel zasilający 3 000 mm | TAK |  |
| 10. | Konfiguracja na wózku jednym | TAK |  |
| 11. | Wózek jezdny (stojak na kółkach) | TAK |  |

**Część II**

Producent:……………………………

Model:…………………………………

Certyfikaty:……………………………

Rok produkcji:…………………..

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **MIKROSKOP 1 SZT.** | **PARAMETRY WYMAGANE / OCENIANE** | **POTWIERDZENIE PARAMETRÓW** |
| 1. | Optyka apochromatyczna o wysokiej rozdzielczości | TAK |  |
| 2. | Oświetlenie typu LED | TAK |  |
| 3. | Obiektyw typu VarioDist **z zakresem roboczym pracy 200-450mm,** | TAK |  |
| 4. | Soczewki z **powiększeniem 12,5x** w standardzie | TAK |  |
| 5. | Ergonomiczne rękojeści pozwalające na łatwą manipulację głowicy mikroskopu, | TAK |  |
| 6. | Filtr żółty - zapobiegający przedwczesnemu twardnieniu materiału wypełniającego, | TAK |  |
| 7. | Filtr zielony - zwiększający kontrast naczyń widocznych w tkance, | TAK |  |
| 8. | Maksymalne głębokie oświetlenie kanałów (do 11 mm), | TAK |  |
| 9. | Kable wbudowane i ukryte w obudowie | TAK |  |
| 10. | Możliwość ustawienia głowicy w kątowych odchyleniach płaszczyzn pionowej i poziomej | TAK |  |
| 11. | 6-cio stopniowe powiększenie w zakresie - 0.3/0.5/0.8/1.2/2x/3x. | TAK |  |
| 12. | Minimalne oświetlenie współosiowe - ﹥90,000 lx | TAK |  |
| 13. | Minimalna wysokość urządzenia – 1750 mm | TAK |  |
| 14. | Maksymalne wymiary podstawy urządzenia – 610 x 600mm | TAK |  |
| 15. | Minimalna średnica oświetlenia plamki świetlnej (mm) - Φ80 | TAK |  |
| 16. | Sposób montażu – na podstawie jezdnej | TAK |  |
| 17. | Zasilanie – 230 V | TAK |  |

**Część III**

Producent:……………………………

Model:…………………………………

Certyfikaty:……………………………

Rok produkcji:………….

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **UNIT STOMATOLOGICZNY – 3 SZT.** | **PARAMETRY WYMAGANE / OCENIANE (TAK/NIE)** | **POTWIERDZENIE PARAMETRÓW** |
| **FOTEL** | | | |
| 1 | Fotel elektro-mechaniczny z 7 programami pracy, w tym: 4 programy do indywidualnego programowania, 3 programy dedykowane - pozycja zero, pozycja spluwaczkowa, pozycja ratunkowa | TAK |  |
| 2 | Maksymalny udźwig fotela 200 kg | TAK |  |
| 3 | Płaski dwuosiowy zagłówek tworzący spójną bryłę z oparciem, regulowany pokrętłem, umożliwiający pracę z pacjentem na leżąco z możliwością regulacji położenia w zakresie od 40 do 80 cm od siedziska fotela | TAK |  |
| 4 | Lewy podłokietnik | TAK |  |
| 5 | Sterowanie fotelem możliwe z czterech miejsc: stolik lekarza, panel asysty, sterownik nożny oraz bezpośrednio z oparcia fotela | TAK |  |
| 6 | Możliwość sterowania fotelem z oparcia w sposób płynny jak i poprzez wywołanie 4 programów | TAK |  |
| 7 | Minimum dwa wyłączniki awaryjne fotela w tym najazdowy safety switch w stopie fotela zabezpieczający unit przed uszkodzeniem | TAK |  |
| 8 | Bezszwowa tapicerka z możliwością **wyboru z min. 16 kolorów przez Zamawiającego po podpisaniu umowy** | TAK |  |
| 9 | Podkładka zabezpieczająca na siedzisko wykonana z tego samego materiału co tapicerka unitu | TAK |  |
| 10 | Wycięcie w oparciu jak i w podstawie fotela umożliwiające lepszy dostęp dla lekarza pracującego z boku | TAK |  |
| 11 | Stolik lekarza na pantomograficznym ramieniu zainstalowanym poza blokiem spluwaczki, niezależnie od fotela, zwiększający zakres ruchu stolika i nie obciążający siłownika fotela | TAK |  |
| **STOLIK LEKARZA** | | | |  | TAK |
| 12 | Min. 5 rękawów roboczych na konsoli lekarza **podawanych od góry bez blokad** | TAK |  |
| 13 | Wyposażenie Stolika Lekarza: Strzykawko-Dmuchawka typu Luzzani, Mikrosilnik elektryczny, typu NSK, Rękaw turbinowy typu Midwest, lampa polimeryzacyjna, skaler piezoelektryczny ze światłem | TAK |  |
| 14 | Możliwość włączenia / wyłączenia światła w instrumentach za pomocą jednego przycisku na konsoli lekarza | TAK |  |
| 15 | Instrumenty zasilane wodą z butelki schowaną w bloku spluwaczki | TAK |  |
| 16 | Wyświetlacz obrotów mikromotora i skalera | TAK |  |
| 17 | Sterownik nożny umożliwiający płynną regulacje obrotów mikrosilnika oraz wywoływanie pozycji fotela | TAK |  |
| 18 | Regulacja wody na końcówki na stoliku lekarza | TAK |  |
| **STOŁEK LEKARZA** | | | |  | TAK |
| 19 | Tapicerka w tym samym kolorze co fotel stomatologiczny | TAK |  |
| **LAMPA OŚWIETLENIOWA** | | | |  | TAK |
| 20 | Lampa zabiegowa LED max. 30 000 lux z sensorem bezdotykowym - umożliwiającym płynną regulacje intensywności świecenia, z ostro zarysowanymi krawędziami pola światła, niepowodującymi oślepienia | TAK |  |
| 21 | Temperatura barwowa lampy w zakresie od 4.000 do 6.000K | TAK |  |
| 22 | Lampa zamontowana na bloku spluwaczki | TAK |  |
| **BLOK SPLUWACZKI** | | | |  | TAK |
| 23 | Blok spluwaczki poruszający się z fotelem i lampą zabiegową | TAK |  |
| 24 | System ssący z dużym i małym ssakiem napędzany powietrzem | TAK |  |
| 25 | Unit przystosowany do współpracy z systemem ssącym napędzanym powietrzem | TAK |  |
| 26 | Szklana uchylna misa spluwaczki w kierunku pacjenta z możliwością indywidualnego wyboru z min. 6 kolorów | TAK |  |
| 27 | Misa spluwaczki zintegrowana z podstawką kubka stanowiąca jedną całość w celu zachowania aseptyki | TAK |  |
| 28 | Dodatkowy przycisk do napełniania kubeczka bezpośrednio przy misce spluwaczki | TAK |  |
| 29 | Możliwość uchylania misy spluwaczki w zakresie od -15° do +120° | TAK |  |
| **PANEL ASYSTY** | | | |  | TAK |
| 30 | Panel asysty przestawny na dwie strony fotela montowany pod fotelem z miejscem na 4 instrumenty i umożliwiający sterowanie fotelem | TAK |  |
| **KOMPRESOR – 1 SZT.** | | | |  | TAK |
| 31 | Ilość obsługiwanych zestaw dentystycznych - 6 | TAK |  |
| 32 | Napięcie znamionowe/ częstotliwość - 400V/ 50 Hz | TAK |  |
| 33 | Minimalna moc silnika – 2 x 1,5 kW ( 7, 4 A ) | TAK |  |
| 34 | Minimalna wydajność kompresora – 476 l.min– 1/ 5 bar | TAK |  |
| 35 | Wymagana ilość cylindrów - 6 | TAK |  |
| 36 | Minimalne ciśnienie robocze – 6 – 8 bar | TAK |  |
| 37 | Minimalna pojemność zbiornika - 150 litrów | TAK |  |
| 38 | Minimalny stopień suszenia powietrza - punkt rosy -20°C | TAK |  |
| 39 | Minimalna głośność - ≤ 74 dB [A] | TAK |  |
| 40 | Minimalna masa brutto - 173 kg | TAK |  |
| 41 | Minimalna wymiary urządzenia (w x d x h ) - 1320 x 590 x 890 mm | TAK |  |

**Część IV**

Producent:……………………………

Model:…………………………………

Certyfikaty:……………………………

Rok produkcji:………….

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **AUTOKLAW 1 SZT.** | **PARAMETRY WYMAGANE / OCENIANE (TAK/NIE)** | **POTWIERDZENIE PARAMETRÓW** |
| 1. | Podłączenie wodociągowe | TAK |  |
| 2. | Wielkość komory G 45 cm x średnica. 25 cm | TAK |  |
| 3. | Pojemność komory 23 l | TAK |  |
| 4. | Maksymalne wymiary urządzenia w zakresie od 45,0 cm X 49,0 cm X 67,0 cm do 48,0 cm x 52,0 cm x 69,0 cm ( SxWxG ) | TAK |  |
| 5. | Maksymalna wysokość z wyświetlaczem nie więcej niż 56 cm | TAK |  |
| 6. | Zasilanie elektryczne 230 V | TAK |  |
| 7. | Pobór mocy 3400 W | TAK |  |
| 8. | Waga urządzenia 64 kg | TAK |  |
| 9. | Kolorowy wyświetlacz dotykowy | TAK |  |
| 10. | Maksymalna ładowność wsadu 9 kg | TAK |  |
| 11. | Wirnikowa pompa próżniowa | TAK |  |
| 12. | Program do sterylizacji narzędzi opakowanych - 20 min. | TAK |  |
| 13. | Program do sterylizacji narzędzi nieopakowanych - do 10 min. | TAK |  |
| 14. | Każdy program zawiera frakcjonowaną wstępną próżnię i suszenie | TAK |  |
| 15. | Wyposażenie autoklawu:  - stelaż do tacek  - 3 aluminiowe perforowane tace  - uchwyt do tacek  - rurka do spustu wody  - kabel zasilający  - karta pamięci CF wraz z czytnikiem | TAK |  |
| 16. | System odwróconej osmozy | TAK |  |
| 17. | Urządzenie przygotowane do współpracy z systemem informatycznym w celu pełnej dokumentacji procesu | TAK |  |
| 18. | Urządzenie wyposażone w pomocne video tutorialea w dostępnym, firmowym kanale multimedialnym | TAK |  |

**Część V**

Producent:……………………………

Model:…………………………………

Certyfikaty:……………………………

Rok produkcji:………….

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **PIASKARKA ZE SKALEREM 1 SZT.** | **PARAMETRY WYMAGANE / OCENIANE (TAK/NIE)** | **POTWIERDZENIE PARAMETRÓW** |
| 1. | Rękojeść skalera piezoelektrycznego wraz z trzema identycznymi tipami do skalingu oraz minimum 4 wymiennymi światłowodami | TAK |  |
| 2. | Końcówka ssak z lusterkiem umożliwiająca komfortową pracę operatora | TAK |  |
| 3. | Przynajmniej jedna dysza umożliwiająca piaskowanie | TAK |  |
| 4. | Przynajmniej jedna dysza umożliwiająca piaskowanie periodontologiczne | TAK |  |
| 5. | Końcówki do piaskowania periodontologicznego – minimum 10 szt. wraz z uchwytem | TAK |  |
| 6. | Minimum 4 pojemniki z piaskiem w tym 1 o smaku cytrynowym | TAK |  |
| 7. | Urządzenie wyposażone w przynajmniej dwa pojemniki na wodę w tym jedna do czyszczenia systemu | TAK |  |
| 8. | Bezprzewodowy sterownik nożny | TAK |  |
| 9. | System podgrzewania wody | TAK |  |
| 10. | Interaktywny panel dotykowy umożliwiający regulację parametrów pracy | TAK |  |
| 11. | Zintegrowany wózek jezdny | TAK |  |
| 12. | Urządzenie wyposażone w stację hermetyzującą ze złączami magnetycznymi | TAK |  |

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)