**Formularz cenowy**

**NA DOSTAWĘ SPRZĘTÓW MEDYCZNYCH, REHABILITACYJNYCH ORAZ WENTYLACYJNYCH**

w cz. nr I zamówienia ***- DOSTAWA SPRZĘTÓW MEDYCZNYCH***

*Zamawiający:*

***Andrzej Skrzypek NZOZ OPIEKUN Sp. z o. o.***

***ul. Kazimierza Tumidajskiego 2***

***20-247 Lublin***

**WYKONAWCA (pełna nazwa):**……………………………………………………..............................................

**Adres siedziby Wykonawcy:** ……………………..………………...……………………………….….……………………

**imię i nazwisko osoby do kontaktu z Zamawiającym**: ……...…………………………………………….…….

**tel.:** .………………………………………

**e- mail:** ………………………..……..…

**Nr KRS[[1]](#footnote-1): ……………………………….**

**NIP: …………………………..…………**

Odpowiadając na Zapytanie ofertowe pn.***Dostawa*** ***sprzętów medycznych, rehabilitacyjnych oraz wentylacyjnych*** składam/składamy ofertęna cz. nr I zamówienia pn. ***Dostawa*** ***sprzętów medycznych:***

CENA OFERTY:

**Cena netto** **za wykonanie przedmiotu zamówienia wynosi: ................................ zł** (słownie: *…………………….……………………………………………………………………………………………………………………….*)[[2]](#footnote-2)

Na cenę tę składają się:

1. **………………. zł netto (słownie: *…………..………… złotych*) za dostawę szafy kartotekowej typ I (1 sztuka)**. Stawka podatku VAT na oferowany przedmiot zamówienia wynosi: …...%.
2. **………………. zł netto (słownie: *…………….…… złotych*) za dostawę szafy kartotekowej typ II (1 sztuka).** Stawka podatku VAT na oferowany przedmiot zamówienia wynosi: …...%.
3. **………………. zł netto (słownie: *…………..………… złotych*) za dostawę lodówek medycznych (2 sztuki).** Stawka podatku VAT na oferowany przedmiot zamówienia wynosi: …...%.
4. **………………. zł netto (słownie: *…………..………… złotych*) za dostawę spirometru z oprzyrządowaniem (1 sztuka).** Stawka podatku VAT na oferowany przedmiot zamówienia wynosi: …...%.
5. **………………. zł netto (słownie: *…………..………… złotych*) za dostawę spirometru przenośnego (1 sztuka).** Stawka podatku VAT na oferowany przedmiot zamówienia wynosi: …...%.
6. **………………. zł netto (słownie: *…………..………… złotych*) za dostawę inhalatora (1 sztuka).** Stawka podatku VAT na oferowany przedmiot zamówienia wynosi: …...%.
7. **………………. zł netto (słownie: *…………..………… złotych*) za dostawę urządzenia do gazometrii (1 sztuka).** Stawka podatku VAT na oferowany przedmiot zamówienia wynosi: …...%.
8. **………………. zł netto (słownie: *…………..………… złotych*) za dostawę pulsoksymetrów (50 sztuk).** Stawka podatku VAT na oferowany przedmiot zamówienia wynosi: …...%.
9. **………………. zł netto (słownie: *…………..………… złotych*) za dostawę kapnografów przenośnych (5 sztuk).** Stawka podatku VAT na oferowany przedmiot zamówienia wynosi: …...%.
10. **………………. zł netto (słownie: *…………..………… złotych*) za dostawę kapnografu (1 sztuka).** Stawka podatku VAT na oferowany przedmiot zamówienia wynosi: …...%.
11. **………………. zł netto (słownie: *…………..………… złotych*) za dostawę parawanu mobilnego (1 sztuka).** Stawka podatku VAT na oferowany przedmiot zamówienia wynosi: …...%.
12. **………………. zł netto (słownie: *…………..………… złotych*) za dostawę pomp infuzyjnych (2 sztuki).** Stawka podatku VAT na oferowany przedmiot zamówienia wynosi: …...%.
13. **………………. zł netto (słownie: *…………..………… złotych*) za dostawę ciśnieniomierzy automatycznych (5 sztuk).** Stawka podatku VAT na oferowany przedmiot zamówienia wynosi: …...%.

**Cena brutto** za wykonanie przedmiotu zamówienia wynosi: .................................... zł (słownie: *……………………………………………………………………………………………………………………………………………..*)[[3]](#footnote-3)

PODWYKONAWSTWO:

**Części zamówienia, których wykonanie planuję zlecić podwykonawcom[[4]](#footnote-4):** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**OFEROWANA SZAFA KARTOTEKOWA TYP I (1 SZTUKA):**

|  |
| --- |
| **Typ/model oferowanej szafy kartotekowej typ I: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Producent: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Oferowany okres gwarancji: \_\_\_\_\_ miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru bez zastrzeżeń** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagany parametr** | **Odpowiedź Wykonawcy – TAK/NIE**  **Należy podać zakresy lub opisać oferowane parametry** | **Należy podać nr strony instrukcji, karty katalogowej lub innego dokumentu producenta potwierdzającego oferowane parametry** |
|  | **Szafa kartotekowa metalowa do dokumentów format A4 umożliwiająca przechowywanie w dwóch rzędach teczek, posiadająca cztery pojemne szuflady. Zgodność z RODO oraz centralne ryglowanie szuflad** |  |  |
|  | **Format: A4 poziomo+ teczki zawieszkowe** |  |  |
|  | **Wymiary:**   * **wysokość: 128 cm +/- 5 cm** * **szerokość: 77,5 cm +/- 5 cm** * **głębokość: 63 cm +/- 5 cm** |  |  |
|  | **Grubość blachy: minimum 0,7 mm** |  |  |
|  | **Ilość szuflad: 4** |  |  |
|  | **Kolor- biały** |  |  |
|  | **Gwarancja – min. 2 lata** |  |  |

**OFEROWANA SZAFA KARTOTEKOWA TYP II (1 SZTUKA):**

|  |
| --- |
| **Typ/model oferowanej szafy kartotekowej typ II: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Producent: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Oferowany okres gwarancji: \_\_\_\_\_ miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru bez zastrzeżeń** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagany parametr** | **Odpowiedź Wykonawcy – TAK/NIE**  **Należy podać zakresy lub opisać oferowane parametry** | **Należy podać nr strony instrukcji, karty katalogowej lub innego dokumentu producenta potwierdzającego oferowane parametry** |
|  | **Szafa kartotekowa do teczek zawieszkowych format A4 posiadająca dwie pojemne szuflady. Zgodność z RODO oraz centralne ryglowanie szuflad** |  |  |
|  | **Wymiary:**   * **wysokość: 71 cm +/- 5 cm** * **szerokość: 41,5 cm +/- 5 cm** * **głębokość: 63 cm +/- 5 cm** |  |  |
|  | **Korpus szafki wykonany z blachy stalowej gr. minimum 0,8 mm** |  |  |
|  | **Ilość szuflad 2** |  |  |
|  | **Kolor BIAŁY** |  |  |
|  | **Gwarancja – min. 2 lata** |  |  |

**OFEROWANE LODÓWKI MEDYCZNE (2 SZTUKI):**

|  |
| --- |
| **Typ/model oferowanych lodówek medycznych: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Producent: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Oferowany okres gwarancji: \_\_\_\_\_ miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru bez zastrzeżeń** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagany parametr** | **Odpowiedź Wykonawcy – TAK/NIE**  **Należy podać zakresy lub opisać oferowane parametry** | **Należy podać nr strony instrukcji, karty katalogowej lub innego dokumentu producenta potwierdzającego oferowane parametry** |
|  | **Ekologiczny czynnik chłodniczy** |  |  |
|  | **Drzwi pełne z wymienną uszczelką** |  |  |
|  | **Zamek mechaniczny drzwi** |  |  |
|  | **System automatycznego domykania drzwi** |  |  |
|  | **Drzwi prawe** |  |  |
|  | **Elektroniczny sterownik temperatury z cyfrowym wyświetlaczem umożliwiający zmianę nastawu temperatury** |  |  |
|  | **Alarm dźwiękowy i wizualny przekroczenia wysokiej i niskiej temperatury** |  |  |
|  | **Alarm otwartych drzwi** |  |  |
|  | **System przeciwzamrożeniowy** |  |  |
|  | **Prowadnice półki / wsporniki poziome** |  |  |
|  | **2 półki powlekane z drutu** |  |  |
|  | **Możliwość regulacji położenia półki** |  |  |
|  | **Otwór walidacyjny** |  |  |
|  | **Nogi regulowane** |  |  |
|  | **Oświetlenie LED** |  |  |
|  | **Zapewnia utrzymanie temperatury od +2°C do +8°C** |  |  |
|  | **Posiadająca system alarmowy dla bezpieczeństwa przechowywanych produktów oraz zamek na klucz** |  |  |
|  | **Energooszczędna** |  |  |
|  | **Wymiary:**   * **szerokość: 650 mm +/- 50 mm** * **głębokość: 645 x +/- 50 mm** * **wysokość 850 mm +/- 50 mm** |  |  |
|  | **Pojemność 100 litrów +/- 10%** |  |  |
|  | **Kolor – biały lub kremowy** |  |  |
|  | **Gwarancja – min. 2 lata** |  |  |

**OFEROWANY SPIROMETR Z OPRZYRZĄDOWANIEM (1 SZTUKA)**

|  |
| --- |
| **Typ/model oferowanych spirometrów z oprzyrządowaniem: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Producent: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Oferowany okres gwarancji: \_\_\_\_\_ miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru bez zastrzeżeń** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagany parametr** | **Odpowiedź Wykonawcy – TAK/NIE**  **Należy podać zakresy lub opisać oferowane parametry** | **Należy podać nr strony instrukcji, karty katalogowej lub innego dokumentu producenta potwierdzającego oferowane parametry** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Urządzenie do pomiaru pojemności płuc i oceny funkcji oddechowych** |  |  |
|  | **Zawiera program diagnostyczny na komputer** |  |  |
|  | **Różne dysze/ustniki dla pacjentów** |  |  |
|  | **Port USB do transmisji danych** |  |  |
|  | **Zestaw filtrów bakteryjnych – min. 50 sztuk** |  |  |
|  | **Spirometr diagnostyczny** |  |  |
|  | **Menu w języku polskim** |  |  |
|  | **Spirometr wykonujący badania FVC, VC, MVV, FEV1, PEF** |  |  |
|  | **Wyposażony w kolorowy ekran dotykowy LCD minimum 7"** |  |  |
|  | **Wyświetlanie automatycznej graficznej interpretacji badania** |  |  |
|  | **Wyświetlanie testu poprawności badania** |  |  |
|  | **Wyświetlanie pełnego raportu spirometrycznego wraz z górną częścią krzywej F/V** |  |  |
|  | **Możliwość wyświetlenia min 8 wydmuchów ( wykresów) równocześnie na ekranie** |  |  |
|  | **Wbudowany Bluetooth** |  |  |
|  | **Wbudowana drukarka na papier termiczny ok. 110 mm** |  |  |
|  | **Sygnalizacja dźwiękowa wymaganej długości wdechów i wydechów** |  |  |
|  | **Funkcja pediatryczna - graficzne (obrazkowe) wspomaganie oraz sygnalizowanie poprawności wydechu/wdechu** |  |  |
|  | **Wyposażony w dwukierunkową turbinę jednokrotnego użytku z ustnikiem – minimum 50 szt., nie wymagającą kalibracji** |  |  |
|  | **Możliwość przeprowadzenia badania bronchodilatacyjnego PRE-POST z porównaniem wyników** |  |  |
|  | **Pamięć wewnętrzna pozwalająca zapisać min 9 000 badań** |  |  |
|  | **Spirometr mierzący min 40 parametrów wdechowych i wydechowych** |  |  |
|  | **Możliwość pracy z cyfrowymi turbinami dwukierunkowymi (przepływomierzami) wielokrotnego użytku** |  |  |
|  | **Zakres przepływu min 16l/s** |  |  |
|  | **Zakres objętość min 10l** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. 26 | **Dokładność objętości max +/- 3% lub 50 mL** |  |  |
|  | **Dokładność przepływu max +/- 5% lub 200 mL/s** |  |  |
|  | **Opór dynamiczny max 0,5 cm H2O/L/s** |  |  |
|  | **Wymiary maksymalne 220 x 210 x 55 mm** |  |  |
|  | **Waga maksymalna 1,5 kg** |  |  |
|  | **Wbudowany moduł pomiaru saturacji wraz czujnikiem typu klips dla dorosłych** |  |  |
|  | **Zestaw zawierający:**   * **pokrowiec/walizka na urządzenie** * **klips na nos** * **turbinę jednokrotnego użytku z ustnikiem min. 50 szt.** * **kabel USB do podłączenia do komputera** * **filtry bakteryjne min. 50 sztuk** * **papier do drukarki min. 2 sztuki** |  |  |
|  | **Gwarancja – min. 2 lata** |  |  |

**OFEROWANY SPIROMETR PRZENOŚNY (1 SZTUKA):**

|  |
| --- |
| **Typ/model oferowany spirometr przenośny: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Producent: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Oferowany okres gwarancji: \_\_\_\_\_ miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru bez zastrzeżeń** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagany parametr** | **Odpowiedź Wykonawcy – TAK/NIE**  **Należy podać zakresy lub opisać oferowane parametry** | **Należy podać nr strony instrukcji, karty katalogowej lub innego dokumentu producenta potwierdzającego oferowane parametry** |
|  | **Przenośne urządzenie do spirometrii** |  |  |
|  | **Funkcja mierzenia objętości płuc, przepływu powietrza i innych parametrów oddechowych oraz saturacji tlenu we krwi** |  |  |
|  | **Urządzenie umożliwia analizę danych w czasie rzeczywistym za pośrednictwem dotykowego ekranu LCD. Jest kompatybilne z oprogramowaniem PC, które umożliwia archiwizację danych oraz bardziej szczegółową analizę wyników** |  |  |
|  | **Analiza danych w czasie rzeczywistym za pomocą ekranu dotykowego LCD** |  |  |
|  | **Oprogramowanie na PC z archiwizacją danych i analizą wyników** |  |  |
|  | **Spirometr diagnostyczny z funkcją pulsoksymetrii** |  |  |
|  | **Urządzenie przenośne, zasilane akumulatorowo min. 1000 mAh pojemności akumulatora** |  |  |
|  | **Budowa modułowa z możliwością odłączenia uchwytu turbiny i korzystanie w wygodny sposób z funkcji przenośnego pulsoksymetru** |  |  |
|  | **Czarno-biały ekran dotykowy LCD** |  |  |
|  | **Spirometr wykonujący badania FVC, VC, MVV** |  |  |
|  | **Wyświetlanie automatycznej graficznej interpretacji badania** |  |  |
|  | **Wyświetlanie automatycznej tekstowej interpretacji badania** |  |  |
|  | **Wyświetlanie testu poprawności badania** |  |  |
|  | **Wyświetlanie pełnego raportu spirometrycznego wraz z górną częścią krzywej F/V** |  |  |
|  | **Możliwość podłączenia do komputera poprzez złącze USB oraz bluetooth** |  |  |
|  | **Sygnalizacja dźwiękowa wymaganej długości wdechów i wydechów** |  |  |
|  | **Wyposażony w turbinę cyfrową jednokrotnego użytku (przepływomierz) nie wymagający kalibracji – minimum 50 szt.** |  |  |
|  | **Możliwość drukowania wyników badań na zewnętrznej drukarce za pośrednictwem komputera**  **Pamięć pozwalająca zapisać min 9 000 badań** |  |  |
|  | **Spirometr mierzący minimum 30 parametrów wdechowych i wydechowych** |  |  |
|  | **Urządzenie wyposażone w wewnętrzny, półprzewodnikowy czujnik temperatury** |  |  |
|  | **Maksymalny przepływ min 16l/s** |  |  |
|  | **Maksymalna objętość min 10l** |  |  |
|  | **Dokładność objętości max +/- 3% lub 50 mL** |  |  |
|  | **Dokładność przepływu max +/- 5% lub 200 mL/s** |  |  |
|  | **Opór dynamiczny max 0,5 cm H2O/L/s** |  |  |
|  | **Dotykowy wyświetlacz LCD** |  |  |
|  | **Zakres pomiaru wartości SpO2 minimum 0-99% (rozdzielczość 1%)** |  |  |
|  | **Dokładność odczytu SpO2 w zakresie 70-99% max. ±2%** |  |  |
|  | **Zakres pomiaru tętna: 30-254 BPM** |  |  |
|  | **Dokładność pomiaru tętna: ±2 BPM lub 2%** |  |  |
|  | **Wymiary max.: 110x50x20 mm** |  |  |
|  | **Waga z akumulatorem max 150 g** |  |  |
|  | **Zestaw zawierający:**   * **pokrowiec na urządzenie** * **klips na nos** * **turbinę jednokrotnego użytku min. 50 szt.** * **oprogramowaniem na komputer** * **kabel USB do podłączenia do komputera** |  |  |
|  | **Gwarancja – min. 2 lata** |  |  |

**OFEROWANY INHALATOR (1 SZTUKA):**

|  |
| --- |
| **Typ/model oferowany inhalator: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Producent: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Oferowany okres gwarancji: \_\_\_\_\_ miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru bez zastrzeżeń** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagany parametr** | **Odpowiedź Wykonawcy – TAK/NIE**  **Należy podać zakresy lub opisać oferowane parametry** | **Należy podać nr strony instrukcji, karty katalogowej lub innego dokumentu producenta potwierdzającego oferowane parametry** |
|  | **Precyzyjna dystrybucja leku** |  |  |
|  | **Zapewnienie równomiernej i skutecznej dystrybucji leku podczas inhalacji** |  |  |
|  | **Możliwość regulacji przepływu powietrza, aby dostosować go do potrzeb pacjenta** |  |  |
|  | **Ergonomiczny design i łatwa obsługa** |  |  |
|  | **Inhalator sprężarkowy** |  |  |
|  | **Przeznaczony do aerozoloterapii dróg oddechowych w przebiegu astmy, zapalenia oskrzeli i przewlekłych chorób płuc** |  |  |
|  | **Nebulizator inhalatora przystosowany do sterylizacji parowej w autoklawie w temperaturze minimum 121°C** |  |  |
|  | **Nebulizator o pojemności w zakresie minimalnym od 2 ml do 8 ml** |  |  |
|  | **Wydajność nebulizatora min. 440 mg/min** |  |  |
|  | **Średnia wielkość cząsteczek MMD – 3,6 do 4,5 µm** |  |  |
|  | **Ilość cząstek o średnicy poniżej 5 µm – 53,2 do 67%** |  |  |
|  | **Ciśnienie kompresora min. 1,2 bara** |  |  |
|  | **Waga inhalatora poniżej 2 kg** |  |  |
|  | **Sprężarka wyposażona w filtr powietrza ceramiczny** |  |  |
|  | **Inhalator wygodny w przenoszeniu o wymiarach maksymalnych 20 x 15 x 15 cm** |  |  |
|  | **Materiał nebulizatora polipropylen i elastomer termoplastyczny** |  |  |
|  | **Minimalna trwałość nebulizatora – 300 dezynfekcji** |  |  |
|  | **Specjalny system w górnej części nebulizatora do powolnej i kontrolowanej inhalacji – zbyt szybki wdech zmniejsza dopływ powietrza i zwiększa opór przy wdechu** |  |  |
|  | **Zasilanie 230V 50 Hz** |  |  |
|  | **Wyposażenie każdego inhalatora:**   * **wężyk nebulizatora – 1 sztuka** * **nebulizator - 1 sztuka** * **zawór wydechowy nebulizatora – 1 szt.** * **ustnik z zaworem wydechowym – 1 sztuka** * **maska dla dzieci – 1 sztuka** * **filtr ceramiczny sprężarki – 1 sztuka** |  |  |
|  | **Gwarancja – min. 2 lata** |  |  |

**OFEROWANE URZĄDZENIE DO GAZOMETRII (1 SZTUKA):**

|  |
| --- |
| **Typ/model oferowane urządzenie do gazometrii: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Producent: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Oferowany okres gwarancji: \_\_\_\_\_ miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru bez zastrzeżeń** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagany parametr** | **Odpowiedź Wykonawcy – TAK/NIE**  **Należy podać zakresy lub opisać oferowane parametry** | **Należy podać nr strony instrukcji, karty katalogowej lub innego dokumentu producenta potwierdzającego oferowane parametry** |
|  | **przenośny system do pomiarów gazometrii, elektrolitów i metabolitów** |  |  |
|  | **Wyposażone w system monitorowania i analizy danych do interpretacji wyników i diagnozowania stanu pacjenta** |  |  |
|  | **Możliwe do zintegrowania z systemem informatycznym placówki w celu automatycznego zapisywania wyników i generowania raportów diagnostycznych** |  |  |
|  | **Skład zestawu:**   * **Czytnik kart testowych** * **Terminal z wbudowanym skanerem kodów kreskowych** * **Instrukcja obsługi** * **Zasilacz sieciowy** * **Oprogramowanie do transferu danych na PC** |  |  |
|  | **Parametry mierzone bezpośrednio: pH, pCO2, pO2, TCO2, Na+, K+, Ca++, Cl-, Hct, Glu, Lac, Crea, Urea, BUN** |  |  |
|  | **Wartości wyliczone: cHgb, cHCO3-, cTCO2, BE(ecf), BE(b), cSO2, GFRmdr, GFRmdr-a, GFRckd, GFRckd-a, GFRswz, AGap, AGapK, BUN/Crea, Urea/Crea, A, A-a, a/A** |  |  |
|  | **Rozmiar próbki: 92 mikrolitry** |  |  |
|  | **Czas odczytu wyniku: 35 sekund** |  |  |
|  | **Testy gotowe do użycia od razu po wyjęciu z foli ochronnej** |  |  |
|  | **Zintegrowane płyny kontrolne i czynniki kalibracji** |  |  |
|  | **Wyniki w czasie rzeczywistym z kontrolą jakości badania** |  |  |
|  | **Wysoka dokładność** |  |  |
|  | **Jedna karta - pełen komplet badań** |  |  |
|  | **Terminal minimalna specyfikacja:**   * **Wymiary maksymalne** * **Długość: 160 mm** * **Szerokość : 80 mm** * **Wysokość: 20 mm** |  |  |
|  | **Ekran dotykowy o przekątnej min. 5,0 cala i rozdzielczości HD (1280 × 720 pikseli)** |  |  |
|  | **Zasilanie: Akumulator 3600 mAh wystarczający na wykonanie do 70 badań, czas ładowania < 5 godz.** |  |  |
|  | **Zasilanie sieciowe** |  |  |
|  | **Czas działania na bateriach: Ok 8 godzin ciągłej pracy** |  |  |
|  | **Karty testowe 25 sztuk /ważność ok. 4 m-ce/** |  |  |
|  | **Kapilary 50 sztuk** |  |  |
|  | **Program do transferu danych na PC** |  |  |
|  | **Gwarancja – min. 2 lata** |  |  |

**OFEROWANE PULSOKSYMETRY (50 SZTUK)**

|  |
| --- |
| **Typ/model oferowane pulsoksymetry \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Producent: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Oferowany okres gwarancji: \_\_\_\_\_ miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru bez zastrzeżeń** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagany parametr** | **Odpowiedź Wykonawcy – TAK/NIE**  **Należy podać zakresy lub opisać oferowane parametry** | **Należy podać nr strony instrukcji, karty katalogowej lub innego dokumentu producenta potwierdzającego oferowane parametry** |
|  | **Monitorowanie poziomu nasycenia tlenem krwi oraz tętna** |  |  |
|  | **Precyzyjny pomiar w warunkach niskiego przepływu krwi** |  |  |
|  | **Mobilność i kompaktowe rozmiary** |  |  |
|  | **Ekran LCD minimum 1,8 cala** |  |  |
|  | **Alarmy wizualne i dźwiękowe z ustawianymi limitami** |  |  |
|  | **Prezentacja krzywej pletyzmograficznej** |  |  |
|  | **Wbudowany akumulator oraz stacja dokująca do ładowania pulsoksymetru** |  |  |
|  | **10-12 godzin pracy ciągłej na akumulatorze** |  |  |
|  | **Możliwe połącznie z PC za pomocą USB** |  |  |
|  | **Pamięć wyników przez ostatnie 48 godzin** |  |  |
|  | **Zakres pomiarowy saturacji od 0 do 100% Dokładność +/- 3%** |  |  |
|  | **Rozdzielczość 1%** |  |  |
|  | **Zasilanie stacji dokującej sieciowe 230V** |  |  |
|  | **Pobór mocy max.80VA** |  |  |
|  | **Zakres pomiarowy tętna 25 – 250 u/min Dokładność +-2%** |  |  |
|  | **Maksymalne wymiary pulsoksymetru:**   * **Długość: 140 mm** * **Szerokość: 70 mm** * **Wysokość: 35mm** |  |  |
|  | **Waga z akumulatorem do 450g** |  |  |
|  | **Gwarancja min. 2 lata** |  |  |

**OFEROWANE KAPNOGRAFY PRZENOŚNE (5 SZTUK):**

|  |
| --- |
| **Typ/model oferowane kapnografy przenośne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Producent: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Oferowany okres gwarancji: \_\_\_\_\_ miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru bez zastrzeżeń** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagany parametr** | **Odpowiedź Wykonawcy – TAK/NIE**  **Należy podać zakresy lub opisać oferowane parametry** | **Należy podać nr strony instrukcji, karty katalogowej lub innego dokumentu producenta potwierdzającego oferowane parametry** |
|  | **Urządzenie służące do monitorowania stężenia dwutlenku węgla (CO2) w wydychanym powietrzu pacjenta** |  |  |
|  | **Natychmiastowa identyfikacja zmian w poziomie CO2 i generowanie alarmów w przypadku nieprawidłowości w oddychaniu** |  |  |
|  | **Możliwość łatwego przenoszenia urządzenia** |  |  |
|  | **Pomiar końcowo-wydechowego CO2 EtCO2:**  **Zakres pomiarowy: 0 ~150mmHg**  **Rozdzielczość: 1 mmHg**  **Dokładność:**  **0 ~ 40 mmHg: ±2 mmHg**  **41 ~ 70 mmHg: ±5% odczytów**  **71 ~ 100 mmHg: ±8% odczytów**  **101 ~ 150 mmHg: ±10% odczytów** |  |  |
|  | **Zakres pomiarowy: 2 obr./min ~ 150 obr./min**  **Rozdzielczość: 1 obr./min**  **Dokładność: ±1 obr./min** |  |  |
|  | **Środowisko pracy:**  **Temperatura: 5 ~ 40°C**  **Wilgotność względna: 30% ~ 75%, bez kondensacji**  **Ciśnienie atmosferyczne: 700 hPa ~ 1060 hPa** |  |  |
|  | **Zasilanie: DC 3V (2 suche baterie AAA)** |  |  |
|  | **Moc wejściowa: ≤1VA** |  |  |
|  | **Wymiary: maksymalnie 60×60×60mm** |  |  |
|  | **Waga: do 100 g (z bateriami)** |  |  |
|  | **Gwarancja: min 2 lata** |  |  |

**OFEROWANY KAPNOGRAF (1 SZTUKA):**

|  |
| --- |
| **Typ/model oferowany kapnograf \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Producent: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Oferowany okres gwarancji: \_\_\_\_\_ miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru bez zastrzeżeń** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagany parametr** | **Odpowiedź Wykonawcy – TAK/NIE**  **Należy podać zakresy lub opisać oferowane parametry** | **Należy podać nr strony instrukcji, karty katalogowej lub innego dokumentu producenta potwierdzającego oferowane parametry** |
|  | **Urządzenie medyczne służące do monitorowania stężenia dwutlenku węgla w wydychanym powietrzu** |  |  |
|  | **urządzenie nieinwazyjne** |  |  |
|  | **wyświetlacz LCD** |  |  |
|  | **odczyt stężenia CO2 w formie liczb oraz krzywej pletyzmograficznej /kapnograficznej** |  |  |
|  | **alarmy dźwiękowe i wizualne** |  |  |
|  | **zasilanie bateryjne** |  |  |
|  | **Złącze USB do łatwego transferu danych** |  |  |
|  | **Czas rozgrzewania: około 20 sekund** |  |  |
|  | **Czas ładowania: max. 4 godziny** |  |  |
|  | **Wymiary maksymalne: 70 x 160 x 40 mm** |  |  |
|  | **Waga: do 600g** |  |  |
|  | **Ekran: Kolorowy ekran min. 3,5"** |  |  |
|  | **Typ baterii: Wbudowany akumulator litowo-jonowy** |  |  |
|  | **Czas pracy: min. 10 godzin przy pełnym naładowaniu** |  |  |
|  | **Kalibracja: Automatyczna EtCO2** |  |  |
|  | **Tryb pomiaru: Niedyspersyjna spektroskopia w podczerwieni** |  |  |
|  | **Zakres: 0 do 150 mmHg lub 0 do 20 kPa lub 0 do 20 % (obj./obj.)** |  |  |
|  | **Dokładność:**   * **±2 mmHg dla EtCO2 w zakresie od 0 do 40 mmHg** * **±5 % dla EtCO2 w zakresie od 41 do 70 mmHg** * **±8 % dla EtCO2 w zakresie od 71 do 100 mmHg** * **±10 % powyżej 100 mmHg** |  |  |
|  | **Częstotliwość aktualizacji: Przy każdym oddechu lub co 10, 20 lub 30 sekund** |  |  |
|  | **Szybkość przepływu próbki: od 50 do 250 ml/min, regulowane przez użytkownika** |  |  |
|  | **Wartość standardowa: 100 ml/min** |  |  |
|  | **Pamięć: 24 godziny (trendy graficzne i wartości pomiaru na ekranie)** |  |  |
|  | **Pomiar częstości oddechów**  **Zakres: 3 do 150 oddechów na minutę**  **Dokładność: ± 1 % wartości pomiarowej lub ± 1 oddech/min, w zależności od tego, które jest większe** |  |  |
|  | **Gwarancja- min 2 lata** |  |  |

**OFEROWANY PARAWAN MOBILNY (1 SZTUKA):**

|  |
| --- |
| **Typ/model oferowany parawan mobilny \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Producent: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Oferowany okres gwarancji: \_\_\_\_\_ miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru bez zastrzeżeń** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagany parametr** | **Odpowiedź Wykonawcy – TAK/NIE**  **Należy podać zakresy lub opisać oferowane parametry** | **Należy podać nr strony instrukcji, karty katalogowej lub innego dokumentu producenta potwierdzającego oferowane parametry** |
|  | **Parawan wyposażony w kółka ułatwiające przemieszczanie się i manewrowanie** |  |  |
|  | **Konstrukcja składana ułatwiająca transport** |  |  |
|  | **Parawan składany 3 częściowy** |  |  |
|  | **Cześć środkowa parawanu zamocowana na stałe na podstawie jezdnej na 4 kołach z hamulcami** |  |  |
|  | **Dwie boczne części parawanu w formie składanych skrzydeł na część stałą środkową** |  |  |
|  | **Wysokość od podłogi do szczytu parawanu 155 cm +/- 5 cm** |  |  |
|  | **Parawan zamontowany na podstawie jezdnej** |  |  |
|  | **Szerokość całkowita parawanu po jego rozłożeniu 150 cm +/- 5cm** |  |  |
|  | **Szerokość całkowita parawanu po jego złożeniu 55 cm +/- 5cm** |  |  |
|  | **Powierzchnia skrzydeł parawanu wykonana z płyt antystatycznych** |  |  |
|  | **Możliwość czyszczenia parawanu w całości na mokro ogólnie dostępnymi środkami do dezynfekcji** |  |  |
|  | **Podstawa jezdna wyposażona w cztery dwubieżniowe kółka jezdne z hamulcami** |  |  |
|  | **Maksymalna powierzchnia zajmowana przez wózek 60 x 40 cm** |  |  |
|  | **Maksymalna wysokość podstawy jezdnej do 15 cm** |  |  |
|  | **Szerokość parawanu po złożeniu maksymalnie 60 cm** |  |  |
|  | **Ramy skrzydeł parawanu na całej długości połączone ze sobą jednym zawiasem z wyglądu przypominającym listwę** |  |  |
|  | **Stały aluminiowy uchwyt umieszczony w centralnym segmencie parawanu ułatwiający jego przemieszczanie** |  |  |
|  | **Aluminiowe uchwyty w formie rączki na zewnętrznych segmentach parawanu służące do składania, rozkładania i przemieszczania parawanu** |  |  |
|  | **Waga parawanu 30 kg +/- 5 kg** |  |  |
|  | **Gwarancja min 5 lat** |  |  |

**OFEROWANE POMPY INFUZYJNE (2 SZTUKI):**

|  |
| --- |
| **Typ/model oferowane pompy infuzyjne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Producent: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Oferowany okres gwarancji: \_\_\_\_\_ miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru bez zastrzeżeń** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagany parametr** | **Odpowiedź Wykonawcy – TAK/NIE**  **Należy podać zakresy lub opisać oferowane parametry** | **Należy podać nr strony instrukcji, karty katalogowej lub innego dokumentu producenta potwierdzającego oferowane parametry** |
|  | **Możliwość stosowania strzykawek o różnych pojemnościach 5/6 ml, 10 ml, 20 ml, 30 ml, 50/60 ml** |  |  |
|  | **Możliwość stosowania strzykawek różnych producentów krajowych i zagranicznych /minimum 5/** |  |  |
|  | **Automatyczne rozpoznawanie strzykawek** |  |  |
|  | **Zakres szybkości dozowania minimum co 0,1ml/h w zakresie 0,1-2000 ml/h dla strzykawek 50/60 ml** |  |  |
|  | **Programowana szybkość podaży w jednostkach minimum: ml/h, mg/h, µg/h, mg/kg/h, µg/kg/h, mg/kg/min, µg/kg/min** |  |  |
|  | **Dokładność szybkości dozowania +/-2%** |  |  |
|  | **Dawka uderzeniowa tzw. „Bolus”, dozowana w dowolnym momencie wlewu** |  |  |
|  | **Regulowana szybkość Bolus minimum do 2000 ml/h co 0,1 dla strzykawek 50/60 ml** |  |  |
|  | **Programowane ciśnienie okluzji w zakresie minimum 300-900 mmHg co 75 mmHg** |  |  |
|  | **Możliwość podglądu lub zmiany parametrów w trakcie infuzji** |  |  |
|  | **Możliwość zablokowania przycisków klawiatury** |  |  |
|  | **Możliwość programowania nazwy działu** |  |  |
|  | **Wewnętrzna lista leków minimum 30 nazw z możliwością dopisywania nazw leków przez użytkownika** |  |  |
|  | **Możliwość zaprogramowania profili podaży powiązanych z nazwami określonego leku minimum 16 profili** |  |  |
|  | **Możliwość programowania prędkości, prędkości i objętości, prędkości i czasu, objętości i czasu** |  |  |
|  | **Funkcja Stand-By programowana 1sek-24h** |  |  |
|  | **Funkcja KVO programowalna w zakresie minimum 0-5 ml/h co 0,1 ml/h** |  |  |
|  | **Historia infuzji minimum 2000 zdarzeń** |  |  |
|  | **System kontroli i sygnalizacji stanów zagrażających życiu pacjenta wizualny i dźwiękowy. Podać listę alarmów** |  |  |
|  | **Wszystkie komunikaty na wyświetlaczu w języku polskim** |  |  |
|  | **Uchwyt umożliwiający zamocowanie pompy m.in. do stojaka** |  |  |
|  | **Zasilanie sieciowe 100-240 V, 50/60 Hz (zasilacz wewnętrzny)** |  |  |
|  | **Zasilanie wewnętrzne akumulatorowe minimum 20h przy przepływie 5 ml/h i minimum 4h przy przepływie 100 ml/h** |  |  |
|  | **Automatyczne ładowanie akumulatorów w momencie podłączenia aparatu do zasilania sieciowego** |  |  |
|  | **Waga [max] 2,5 kg** |  |  |
|  | **Pompy dostosowane do podawania różnych rodzajów substancji, w tym leków, płynów do nawodnienia** |  |  |
|  | **Gwarancja min 2 lata** |  |  |

**OFEROWANE CIŚNIENIOMIERZE AUTOMATYCZNE (5 SZTUK):**

|  |
| --- |
| **Typ/model oferowane ciśnieniomierze automatyczne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Producent: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Oferowany okres gwarancji: \_\_\_\_\_ miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru bez zastrzeżeń** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagany parametr** | **Odpowiedź Wykonawcy – TAK/NIE**  **Należy podać zakresy lub opisać oferowane parametry** | **Należy podać nr strony instrukcji, karty katalogowej lub innego dokumentu producenta potwierdzającego oferowane parametry** |
|  | **Ciśnieniomierz ramieniowy** |  |  |
|  | **Mankiet zakres minimalny ramienia: 22 - 42 cm** |  |  |
|  | **Zarządzanie pamięcią 30 odczytów** |  |  |
|  | **Wykrywanie ruchu ciała** |  |  |
|  | **Wskaźnik poziomu ciśnienia krwi** |  |  |
|  | **Waga urządzenia do 0,25 kg** |  |  |
|  | **Przewodnik dotyczący zakładania mankietu** |  |  |
|  | **Wykrywanie nieregularnego rytmu serca** |  |  |
|  | **Walidacja** |  |  |
|  | **Badanie kliniczne** |  |  |
|  | **Wskaźnik wysokiego ciśnienia krwi** |  |  |
|  | **Wymiary maks.: 82 x 103 x 140 mm** |  |  |
|  | **Wykrywanie nieregularnego rytmu serca** |  |  |
|  | **Wskaźnik poprawnego założenia mankietu na wyświetlaczu** |  |  |
|  | **Gwarancja min 2 lata** |  |  |

Jednocześnie oświadczam/oświadczamy, iż[[5]](#footnote-5):

* 1. **nie podlegam/nie podlegamy wykluczeniu z postępowania na podstawie przesłanek, o których mowa w art. 7 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t. j. Dz.U. z 2025 r., poz. 514)**,
  2. zapoznałem/zapoznałam/zapoznaliśmy się z treścią Zapytania ofertowego i nie wnoszę/nie wnosimy do niego zastrzeżeń oraz przyjmuję/przyjmujemy warunki w nim zawarte,
  3. w przypadku udzielenia mi/nam zamówienia, zawrę/zawrzemy umowę na warunkach określonych w treści Zapytania ofertowego,
  4. w przypadku udzielenia mi/nam zamówienia wykonam/wykonany umowę na warunkach określonych w Zapytaniu ofertowym i załącznikach do niego,
  5. jestem związany/związana/ jesteśmy związani złożoną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert w niniejszym postępowaniu,
  6. świadomy/świadoma/świadomi odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń, informuję/informujemy, iż dane zawarte w złożonej ofercie oraz wszystkich załączonych do niej dokumentach i oświadczeniach są zgodne z prawdą,
  7. wypełniłem/wypełniłam/wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem/pozyskałam/pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie niniejszego zamówienia.

|  |  |
| --- | --- |
| *…………………………………………*  *(miejscowość i data)* | *……………………………………………*  *(podpis osób(-y) uprawnionej*  *do składania oświadczenia*  *woli w imieniu wykonawcy)* |

1. O ile dotyczy. [↑](#footnote-ref-1)
2. Cena netto wykonania przedmiotu zamówienia musi dotyczyć wykonania całego przedmiotu zamówienia opisanego w Zapytaniu ofertowym w tym w Załącznikach do niego, dotyczącego cz. nr I zamówienia. [↑](#footnote-ref-2)
3. Cena brutto wykonania przedmiotu zamówienia musi dotyczyć wykonania całego przedmiotu zamówienia opisanego w Zapytaniu ofertowym w tym w Załącznikach do niego dotyczącego cz. nr I zamówienia. [↑](#footnote-ref-3)
4. Proszę wpisać, jeżeli Wykonawca przewiduje realizację zamówienia z udziałem podwykonawcy/podwykonawców. [↑](#footnote-ref-4)
5. Treść oświadczenia należy odpowiednio zmodyfikować, tak, by było ono złożone zgodnie z prawdą. [↑](#footnote-ref-5)