Załącznik 1 do Zaproszenia

**FORMULARZ OFERTOWO - CENOWY**

**w postępowaniu na:**

**Zakup i dostawa sprzętu medycznego (Holter EKG oraz Holter RR) – 2 zadania sygn. 2/2024**

1. **Oferta złożona przez wykonawcę:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa Wykonawcy:** | | | | |
|  | | | | |
| **Adres:** |  | | | |
| **NIP:** |  | **REGON:** | | **KRS:** |
| **e-mail:** |  | | **nr tel.:** | |

|  |
| --- |
| **Osoba upoważniona do kontaktów:** …………………………………..…….…  e-mail: ……………………………………………… tel. …….…….……………………….……….. |

1. **TREŚĆ OFERTY**
2. W odpowiedzi na Zaproszenie do złożenia oferty, składam ofertę na realizację zamówienia:

**1. Zadanie 1: Zakup i dostawa poligrafu**

|  |
| --- |
| ………………….. zł brutto |
| Okres gwarancji ..... miesięcy (24 lub 36 lub 48 miesięcy) |

**1. Zadanie 2: Zakup i dostawa urządzenia do badania wzroku**

|  |
| --- |
| ………………….. zł brutto |
| Okres gwarancji ..... miesięcy (24 lub 36 lub 48 miesięcy) |

1. Oświadczam, że zapoznałem się z Zaproszeniem do złożenia oferty wraz z załącznikami i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń oraz uzyskałem konieczne informacje i wyjaśnienia do przygotowania oferty.
2. Oświadczam, że w przypadku wyboru naszej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą na warunkach określonych w zapytaniu ofertowym.
3. Oświadczam w związku z ochroną danych osobowych:

W związku z obowiązywaniem przepisów rozporządzenia 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), dalej „RODO” zobowiązuję się do przestrzegania zasad ochrony danych osobowych wynikających z RODO. Jednocześnie oświadczam, że jestem uprawniony do przetwarzania i przekazania danych osobowych osób, przy pomocy których wykonam przedmiot umowy.

Zamawiający i Wykonawca są Administratorami danych osobowych w rozumieniu RODO, w odniesieniu do danych osobowych swoich przedstawicieli oraz przedstawicieli drugiej Strony, które będą wskazane w Umowie lub ofercie jako osoby do kontaktu (tzw. dane kontaktowe) oraz osoby realizujące Przedmiot Umowy. Przekazywane na potrzeby realizacji Umowy lub oferty dane osobowe są danymi zwykłymi i obejmują w szczególności imię, nazwisko, zajmowane stanowisko i miejsce pracy, numer służbowego telefonu, służbowy adres email.

Wymienione dane osobowe osób, będą przetwarzane przez Zamawiającego i Wykonawcę na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f) RODO (tj. przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratorów danych) jedynie w celu i zakresie niezbędnym do wykonania zadań związanych z realizacją zawartej Umowy i czynności zmierzających do jej zawarcia.

Zamawiający i Wykonawca zobowiązują się do ochrony udostępnionych danych osobowych w tym do wdrożenia oraz stosowania środków technicznych i organizacyjnych zapewniających odpowiedni stopień bezpieczeństwa danych osobowych zgodnie z przepisami prawa, a w szczególności z przepisami RODO.

Zamawiający i Wykonawca zobowiązują się poinformować osoby fizyczne wskazywane jako osoby kontaktowe o treści niniejszych ustaleń w zakresie ochrony danych.

1. Do oferty zostały dołączone następujące załączniki (*jeśli dotyczy*):

Załącznik nr 1...................................................

Załącznik nr 2...................................................

**III. WYMAGANIA ODNOŚNIE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Zadanie 1: Zakup i dostawa Poligrafu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sprzęt fabrycznie nowy, nie rekondycjonowany, nie powystawowy,**  **Rok produkcji nie starszy niż 2025r.: ……..r. (uzupełnić)**  **Producent …………………………………………………………………….…….(uzupełnić)**  **Model lub typ …………………………………………………… (uzupełnić)** | | | |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***Wartość netto*** | ***Stawka podatku VAT*** | ***Wartość brutto*** |
| **1** | **2** | **3** | **4=kol. 2 + VAT** |
| **Poligraf** | **…….. zł** | **..… %** | **…… zł** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i właściwości urządzenia** | **Potwierdzenie spełnienia wymaganych parametrów**  **( tak/nie)** |
|  | Urządzenie do diagnostyki zaburzeń oddychania podczas snu mierzący:   * Wysiłek oddechowy brzucha i klatki piersiowej za pomocą metody indukcyjnej RIP * Przepływ powietrza przez kaniulę nosową i ciśnienie w masce * Położenie i aktywność ruchową ciała z wbudowanego czujnika * SpO2, tętno i pletyzmografię za pomocą bezprzewodowego pulsoksymetru bluetooth * EtCO2 poprzez bezprzewodowy interfejs bluetooth * EKG, EOG, EEG i EMG za pomocą dwóch kanałów bipolarnych |  |
|  | Funkcja rejestracji sygnałów EMG i nagrywania dźwięku |  |
|  | Funkcja analizy zmienności rytmu serca (HRV) i automatycznego wykrywanie oddechu typu Cheyne-Stokes/okresowego oddychania i PTT |  |
|  | Zintegrowany mikrofon i wbudowany wyświetlacz |  |
|  | Pamięć wewnętrzna o pojemności min. 1GB umożliwiająca rejestrację przez kilka nocy |  |
|  | Pokrywa baterii zabezpieczona przed otwarciem |  |
|  | Standardowe baterie jednorazowe lub wielokrotnego ładowania (AA) |  |
|  | Bezprzewodowy pulsoksymetr Bluetooth |  |
| Pozostałe | | |
|  | Pasy jednorazowe – S – 20 szt. |  |
|  | Pasy jednorazowe – M – 20 szt. |  |
|  | Pasy jednorazowe – L – 20 szt. |  |
|  | Pasy jednorazowe – XL – 20 szt. |  |
|  | Kaniula nosowa z filtrem – 40 szt. |  |
|  | Maska – 4 szt. |  |
|  | Oprogramowanie, które oferuje automatyczną analizę, ręczną ocenę i raportowanie pomiarów celem:   * celem analizy zmienności rytmu serca (HRV) i automatycznego wykrywanie oddechu typu Cheyne-Stokes/okresowego oddychania i PTT * analizy zdarzeń fazowych i tonicznych pod kątem bruksizmu oraz raportowanie dotyczące zgrzytania zębów |  |
|  | Waga: maksimum 100 gramów |  |
|  | Komunikacja z komputerem min. USB |  |

1. Oferowany przedmiot zamówienia musi być dopuszczony do obrotu na terenie RP i posiadać Deklaracje Zgodności oraz spełniać wymagania odpowiednich norm i przepisów, a w szczególności określonych w:
   1. Ustawie z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. poz. 974),
   2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 listopada 2010 r. w sprawie sposobu klasyfikowania wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 215, poz. 1416)
   3. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 17.02.2016r. w sprawie wymagań zasadniczych oraz procedur zgodności wyrobów medycznych (Dz. U. z 2016r. poz. 211),
   4. Dyrektywie 2007/47/EC z 21.09.2007r. zmieniającej Dyrektywę 93/42/EWG z 14.04.1993r. - dotyczącej wyrobów medycznych.
2. Wykonawca oświadcza, że oferowany sprzęt jest kompletny, gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego

………………………………………

Podpis osoby uprawnionej

do reprezentowania Wykonawcy / pełnomocnika

**Zadanie 2: Zakup i dostawa Urządzenia do badania wzroku**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sprzęt fabrycznie nowy, nie rekondycjonowany, nie powystawowy,**  **Rok produkcji nie starszy niż 2025r.: ……..r. (uzupełnić)**  **Producent …………………………………………………………………….…….(uzupełnić)**  **Model lub typ …………………………………………………… (uzupełnić)** | | | |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***Wartość netto*** | ***Stawka podatku VAT*** | ***Wartość brutto*** |
| **1** | **2** | **3** | **4=kol. 2 + VAT** |
| **Urządzenie do badania wzorku** | **…….. zł** | **..… %** | **…… zł** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i właściwości urządzenia** | **Potwierdzenie spełnienia wymaganych parametrów**  **( tak/nie)** |
|  | Urządzeniu umożliwiające wykonanie testu:   * Ostrości wzroku * Ishihary * Widzenia w półmroku z oświetleniem i bez - badanie wzroku w warunkach światła dziennego przy jasności otoczenia min 150 cd / m² i próba widzenia w półmroku przy jasności otoczenia min 0,03 cd / m² lub min. 0,1 cd / m² w teście ze zjawiskiem olśnienia. * pola widzenia z min 30 świecącymi diodami |  |
|  | Regulacja wysokości za pomocą przycisku - Zakres regulacji wysokości wynosi min. 20 cm. |  |
|  | Możliwość wykonania badania ostrości widzenia za pomocą Pierścieni Landolta, liczb, liter i optotypów E w serii. |  |
|  | Możliwość wykonania testu widzenia kontrastowego ze standardowymi znakami testowymi w kontrastowych poziomach min. od 100% do 5 %. |  |
|  | Możliwość wykonania testu stereoskopowego do testowania widzenia przestrzennego za pomocą stereoskopowej prezentacji w formatach min. 14“, 40”, 70 “, 96″, 200″, 400″ i 600”. |  |
|  | Dodatkowo możliwość wykonania testów specjalnych:   * Test na astygmatyzm. * Czerwono-zielony test do badania korekcji sferycznej. |  |
|  | System płynnej adaptacji testu na kontrast i badania olśnienia dla osób z okularami progresywnymi. |  |
| Pozostałe | | |
|  | Bezprzewodowe połączenie z komputerem (WLAN lub Bluetooth) |  |
|  | Dedykowana walizka transportowa |  |
|  | Okulary adaptacyjne |  |

1. Oferowany przedmiot zamówienia musi być dopuszczony do obrotu na terenie RP i posiadać Deklaracje Zgodności oraz spełniać wymagania odpowiednich norm i przepisów, a w szczególności określonych w:
   1. Ustawie z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. poz. 974),
   2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 listopada 2010 r. w sprawie sposobu klasyfikowania wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 215, poz. 1416)
   3. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 17.02.2016r. w sprawie wymagań zasadniczych oraz procedur zgodności wyrobów medycznych (Dz. U. z 2016r. poz. 211),
   4. Dyrektywie 2007/47/EC z 21.09.2007r. zmieniającej Dyrektywę 93/42/EWG z 14.04.1993r. - dotyczącej wyrobów medycznych.
2. Wykonawca oświadcza, że oferowany sprzęt jest kompletny, gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego

………………………………………

Podpis osoby uprawnionej

do reprezentowania Wykonawcy / pełnomocnika