**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO ZAPYTANIA OFERTOWEGO z dnia 16.12.2025**

**o udzielenie zamówienia prowadzonego zgodnie z zasadą konkurencyjności**

**na dostawę Lasera stomatologicznego**

**FORMULARZ OFERTOWY**

NAZWA DOSTAWCY: .............................................................................................................................

ADRES: ......................................................................................................................................................

NIP: ...........................................................................................................................................................

REGON: .....................................................................................................................................................

TELEFON: ..................................................................................................................................................

E-MAIL DO KORESPONDENCJI W SPRAWIE OFERTY: ...............................................................................

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia przeprowadzonego zgodnie z zasadą konkurencyjności na dostawę: **Lasera stomatologicznego:**

1. OŚWIADCZAM(Y), iż zapoznaliśmy się z treścią Zapytania Ofertowego wraz z załącznikami dla niniejszego zamówienia. Uzyskaliśmy wszelkie informacje i wyjaśnienia niezbędne do przygotowania oferty, oceny ryzyka, trudności i wszelkich innych okoliczności jakie mogą wystąpić w trakcie realizacji zamówienia.
2. AKCEPTUJĘ(EMY), w pełni i bez zastrzeżeń, postanowienia: Zapytania Ofertowego wraz z załącznikami, wyjaśnieniami do niego i uznajemy się za związanych określonymi w nim postanowieniami.
3. GWARANTUJĘ(EMY) wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z treścią: Zapytania Ofertowego wraz z załącznikami.
4. ZOBOWIĄZUJĘ(EMY) się do wykonania zamówienia w zakresie objętym Zapytaniem Ofertowym, za łączną cenę ryczałtową:

**cenę netto:** ......................................................................................................................................... PLN

**należny podatek VAT** (jeśli dotyczy)**:** …...............................................................................................PLN

**cenę brutto:** ....................................................................................................................................... PLN

1. POWYŻSZA cena brutto uwzględnia wszystkie wymagania niniejszego Zapytania Ofertowego.
2. OŚWIADCZAM(Y), że zaoferowana łączna wartość oferty uwzględnia wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia, nie ulegnie zwiększeniu w toku realizacji zamówienia i nie będzie podlegała waloryzacji w okresie realizacji zamówienia.
3. POTWIERDZAM(Y) zgodność oferowanych rozwiązań z parametrami technicznymi zawartymi w Zapytaniu Ofertowym lub WSKAZUJE(MY) ich równoważność:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ZGODNOŚĆ PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**[[1]](#footnote-1) | | | |
| **Parametr** | **SPEŁNIA**  *(wstawić „x”)* | **NIE SPEŁNIA**  *(wstawić „x”)* | **OPIS PROPONOWANEGO ROZWIĄZANIA RÓWNOWAŻNEGO**  *(należy odnieść się do każdego punktu, dla którego zaproponowano rozwiązanie równoważne)* |
| **Laser stomatologiczny – 1 szt.:** …………………………………………………………………………………. *(wpisać nazwę/ model)* | | | |
| Urządzenie fabrycznie nowe |  |  |  |
| Półprzewodnikowy, |  |  |  |
| Mobilna, dedykowana stacja robocza na wózku - montaż poprzez standard VESA, |  |  |  |
| Możliwość użycia wszystkich długości fal – minimum 980nm, 635nm, 405nm, |  |  |  |
| Mikrochirurgia, Periodontologia oraz Endodoncja,: fala minimum 980nm - moc 10W - te zakresy pracują na światłowodzie 320 lub 200um, o długości 2,5 m bez wymiennych tipów, |  |  |  |
| Trapia, wybielanie (możliwość wybielania pełnych łuków oraz pojedynczych zębów)- fala 980nm - moc 10W, |  |  |  |
| Biomodulacja tkanki miękkiej, PAD (Fotoaktywna Dezynfekcja) - FALA 635nm – moc 400mW, |  |  |  |
| Diagnostyka - FALA 405nm – moc 400mW, |  |  |  |
| Możliwość rozbudowy, |  |  |  |
| Fabrycznie ustawiona baza procedur z możliwością edycji oraz tworzenia procedur własnych, |  |  |  |
| Możliwość tworzenia bazy pacjentów, |  |  |  |
| Deklaracja zgodności CE. |  |  |  |

1. DEKLARUJĘ(EMY) zgodność oferty z kryteriami wyboru zgodnie z poniższą tabelą:

|  |  |
| --- | --- |
| **KRYTERIA WYBORU** | |
| **Kryteria oceny ofert** | **Parametr** |
| **Cena brutto w PLN:**  **waga: 59% (59 pkt.)**  Przez kryterium „Cena brutto w PLN” Zamawiający rozumie określoną przez Oferenta cenę całkowitą brutto za wykonanie przedmiotu zamówienia wskazaną w ofercie. Ocena w ramach kryterium „Cena brutto w PLN” (Kc) będzie obliczana na podstawie następującego wzoru:  KC = (Cn/Co)\*59  gdzie:  Kc – liczba punktów przyznana danej ofercie w kryterium „Cena brutto w PLN”  Cn – najniższa zaproponowana cena brutto spośród ofert podlegających ocenie  Co – cena brutto zaproponowana w badanej ofercie |  |
| **Gwarancja (w miesiącach)**  **waga: 10% (10 pkt.)**  Przez kryterium „Gwarancja (w miesiącach)” Zamawiający rozumie najdłuższy okres gwarancji (w miesiącach) na przedmiot zamówienia, liczony od daty podpisania protokołu odbioru końcowego.  Punkty w ramach kryterium poszczególnym badanym ofertą będą przyznawane w następujący sposób:   1. poniżej 24 miesięcy – oferta odrzucona 2. 24 miesiące – 0 pkt. 3. od 25 miesięcy do 35 miesięcy (włącznie) – 2 pkt. 4. od 36 miesięcy do 59 miesięcy (włącznie) – 5 pkt. 5. 60 miesiące i więcej – 10 pkt. | **Udzielamy ……………….[[2]](#footnote-2) miesięcy gwarancji na przedmiot zamówienia liczonej od daty podpisania protokołu odbioru końcowego** |
| **Termin realizacji zamówienia**  **waga: 10% (10 pkt.)**  Przez kryterium „Termin realizacji zamówienia” Zamawiający rozumie określony przez Oferenta termin realizacji całości zamówienia liczony od dnia następnego po dniu podpisania umowy i potwierdzony sporządzonym przez Strony protokołem odbioru końcowego.  Punkty w ramach kryterium poszczególnym badanym ofertą będą przyznawane w następujący sposób:   1. 10 pkt. - realizacja zamówienia nastąpi maksymalnie w terminie do 14 dni liczonych od dnia następnego po dniu podpisania umowy z wybranym Dostawcą; 2. 0 pkt. - realizacja zamówienia nastąpi w terminie dłuższym niż 14 dni ale nie dłuższym niż 30 dni liczonych od dnia następnego po dniu podpisania umowy z wybranym Dostawcą. | **Zobowiązujemy się dostarczyć przedmiotowe zamówienie w terminie[[3]](#footnote-3):**  **□** maksymalnie do 14 dni liczonych od dnia następnego po dniu podpisania umowy  **□** dłuższym niż 14 dni ale nie dłuższym niż 30 dni liczonych od dnia następnego po dniu podpisania umowy |
| **Kryterium techniczne T1**  **waga: 10% (10 pkt.)**  Przez kryterium techniczne T1 Zamawiający rozumie dostarczenie lasera stomatologicznego posiadającego w zakresie Periodontologia, Endodoncja, Terapia fale 1064nm – moc 10W.  Punkty w ramach kryterium poszczególnym badanym ofertą będą przyznawane w następujący sposób:   1. 10 pkt. – laser posiada w zakresie Periodontologia, Endodoncja, Terapia fale 1064nm – moc 10W, 2. 0 pkt. – laser nie posiada w zakresie Periodontologia, Endodoncja, Terapia fale 1064nm – moc 10W | **Oferujmy dostarczenie lasera[[4]](#footnote-4):**  **□** posiadającego w zakresie Periodontologia, Endodoncja, Terapia fale 1064nm – moc 10W  **□** nie posiadającego w zakresie Periodontologia, Endodoncja, Terapia fale 1064nm – moc 10W |
| **Kryterium techniczne T2**  **waga: 10% (10 pkt.)**  Przez kryterium techniczne T2 Zamawiający rozumie dostarczenie lasera stomatologicznego posiadającego funkcję Biomodulacji tkanki twardej – fala 808nm – moc 400mW.  Punkty w ramach kryterium poszczególnym badanym ofertą będą przyznawane w następujący sposób:   1. 10 pkt. – laser posiada funkcję Biomodulacji tkanki twardej – fala 808nm – moc 400mW, 2. 0 pkt. – laser nie posiada funkcji Biomodulacji tkanki twardej – fala 808nm – moc 400mW. | **Oferujmy dostarczenie lasera[[5]](#footnote-5):**  **□** posiadającego funkcję Biomodulacji tkanki twardej – fala 808nm – moc 400mW  **□** nie posiadającegofunkcji Biomodulacji tkanki twardej – fala 808nm – moc 400mW |
| **Kryterium społeczne**  **waga: 1% (1 pkt)**  Kryterium społeczne - punkty zostaną przyznane za to, że przy realizacji zamówienia będzie pracowała osoba o orzeczonym stopniu niepełnosprawności:   1. 1 pkt. - przy realizacji zamówienia będzie pracowała osoba o orzeczonym stopniu niepełnosprawności; 2. 0 pkt. - przy realizacji zamówienia nie będzie pracowała osoba o orzeczonym stopniu niepełnosprawności. | **Przy realizacji zamówienia[[6]](#footnote-6):**  **□ BĘDZIE[[7]](#footnote-7)**  **□ NIE BĘDZIE**  **pracowała osoba o orzeczonym stopniu niepełnosprawności** |

1. OŚWIADCZAM(Y), że w przypadku wyboru naszej Oferty, zawrzemy Umowę w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
2. OŚWIADCZAM(Y), że oferta jest dla nas wiążąca przez okres 60 dni od dnia następnego po dniu zakończenia terminu składania ofert.
3. OŚWIADCZAM(Y), że urządzenia dostarczone w ramach przedmiotu zamówienia będą sprawne technicznie, nowe i wolne od wad.
4. OŚWIADCZAM(Y), że powyższa oferta obejmuje pełen zakres zamówienia przedstawiony w zapytaniu ofertowym.
5. OŚWIADCZAM(Y), pod groźbą odpowiedzialności karnej, iż załączone do oferty dokumenty opisują rzetelnie stan faktyczny, aktualny na dzień złożenia oferty.

…………………………………………

*Data i podpis Oferenta*

1. Należy zaznaczyć odpowiednie pole „Spełnia” lub „Nie spełnia” znakiem „X” [↑](#footnote-ref-1)
2. Wpisać ilość miesięcy proponowanego okresu gwarancji [↑](#footnote-ref-2)
3. Zaznaczyć odpowiedni checkbox (□) [↑](#footnote-ref-3)
4. Należy zaznaczyć poprawną odpowiedz poprzez wstawienie „x” w odpowiedni □ [↑](#footnote-ref-4)
5. Należy zaznaczyć poprawną odpowiedz poprzez wstawienie „x” w odpowiedni □ [↑](#footnote-ref-5)
6. Należy zaznaczyć poprawną odpowiedz poprzez wstawienie „x” w odpowiedni □ [↑](#footnote-ref-6)
7. Wybrany Dostawca może zostać wezwany do dostarczenia oświadczenia i/ lub dodatkowych dokumentów potwierdzających, że przy realizacji zamówienia będzie pracowała osoba o orzeczonym stopniu niepełnosprawności. [↑](#footnote-ref-7)