**Formularz cenowy**

**NA DOSTAWĘ SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO**

*Zamawiający:*

***Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej IGNIS***

***dr med. Alicja Łobińska***

***ul. Stanisława Skarżyńskiego 12A***

***21-040 Świdnik***

**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 sprzętu rehabilitacyjnego***, składam/składamy ofertę***:***

CENA OFERTY:

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

Stawka podatku VAT na oferowany sprzęt rehabilitacyjny wynosi: …...%[[3]](#footnote-3)

**Łączna cena brutto** za wykonanie przedmiotu zamówienia wynosi: .................................... zł (słownie: *……………………………………………………………………………………………………………………………..*)[[4]](#footnote-4)

PODWYKONAWSTWO:

**Części zamówienia, których wykonanie planuję zlecić podwykonawcom[[5]](#footnote-5):** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

OFEROWANE MATERACE GIMNASTYCZNE:

**…………….……………………………….…….. ………………………………………………………………**

(nazwa producenta) (model)[[6]](#footnote-6)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagany parametr** | **Oferowany parametr** |
|  | **materac rehabilitacyjny trzyczęściowy (składany)**  **[proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
|  | **wymiary: 195x85x5cm (+/- 5 cm)**  **[proszę podać wymiary oferowanych materaców]** | **……….…. x …….…… x …….. cm** |
|  | **pokryty materiałem skóropodobnym [proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
|  | **dostępny w szerokiej gamie kolorystycznej do wyboru przez Zamawiającego (preferowany zielony bądź niebieski)**  **[proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
|  | **gwarancja min. 24 m-ce [proszę podać okres gwarancji na oferowane materace]** | **………….. miesiące** |

OFEROWANY ZESTAW UGUL:

**…………….……………………………….…….. ………………………………………………………………**

(nazwa producenta) (model)[[7]](#footnote-7)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagany parametr** | **Oferowany parametr** |
|  | **osprzęt do UGUL jest to zespół linek, podwieszek i obciążników oraz drobnych akcesoriów potrzebnych do prawidłowego prowadzenia kinezyterapii w kabinie UGUL i na stanowisku PUR [proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
|  | **Zestaw składa się z:**   * 1. **Ciężarek miękki 0,5 kg - 2 szt.**   2. **Ciężarek miękki 1,0 kg - 2 szt.**   3. **Ciężarek miękki 1,5 kg - 2 szt.**   4. **Ciężarek miękki 2,0 kg - 2 szt.**   5. **Ciężarek miękki 2,5 kg - 2 szt.**   6. **Ciężarek miękki 3,0 kg - 2 szt.**   7. **Ciężarek miękki 4,0 kg - 2 szt.**   8. **Esik metalowy - 30 szt.**   9. **Kamaszek skórzany do wyciągu - 1 szt.**   10. **Mankiet nadgarstkowo-kostkowy 8x45 cm - 2 szt.**   11. **Mankiet udowy 13x77 cm - 1 szt.**   12. **Pas do stabilizacji ud i kręgosłupa - 2 szt.**   13. **Pas do wyciągu za miednicę - 1 szt.**   14. **Pętla Glissona z orczykiem - 1 szt.**   15. **Podwieszka dwustawowa - 4 szt.**   16. **Podwieszka klatki piersiowej 22x67/34x10 cm - 1 szt.**   17. **Podwieszka pod miednicę 23x75 cm - 1 szt.**   18. **Podwieszka pod głowę 15x53 cm - 1 szt.**   19. **Podwieszka ramienna 10x42 cm - 2 szt.**   20. **Podwieszka udowa 14,5x54 cm - 2 szt.**   21. **Podwieszka kolanowa 8x57 cm - 2 szt.**   22. **Uchwyt metalowy na linkę - 2 szt.**   23. **Linka do podwieszeń i ćwiczeń w odciążeniu - 120 cm - 6 szt.**   24. **Linka do podwieszeń i ćwiczeń w odciążeniu - 160 cm - 4 szt.**   25. **Linka z bloczkami do ćwiczeń z obciążeniem - 300 cm - 2 szt.**   26. **Linka do ćwiczeń samowspomaganych dł. 245 cm - 1 szt.**   27. **Linka do ćwiczeń samowspomaganych dł. 500 cm - 1 szt.**   **[proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
|  | **segment kabiny UGUL-4 boczny x2 [proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
|  | **segment kabiny UGUL-4 sufitowy [proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
|  | **gwarancja min. 24 m-ce [proszę podać okres gwarancji na oferowany zestaw UGUL]** | **………….. miesiące** |

OFEROWANE STOŁY DO ĆWICZEŃ MANUALNYCH

**…………….……………………………….…….. ………………………………………………………………**

(nazwa producenta) (model)[[8]](#footnote-8)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagany parametr** | **Oferowany parametr** |
|  | **stół rehabilitacyjny [proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
|  | **regulacja wysokości elektrycznie za pomocą pilota przewodowego**  **[proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
|  | **wyposażony w kółka jezdne [proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
|  | **wieszak na ręcznik [proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
|  | 1. **długość 190 cm(+/-5 cm)** 2. **szerokość 63 cm (+/-5 cm)**   **[proszę podać]** | 1. **długość: ………………. cm** 2. **szerokość ……………… cm** |
|  | **zagłówek regulowany przy pomocy sprężyny gazowej [proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
|  | **regulacja wysokości stołu od podłogi min. 45 cm [proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
|  | **stół pokryty tapicerką w szerokiej gamie kolorów do wyboru przez Zamawiającego (preferowany zielony lub niebieski) [proszę podać proponowany kolor]** |  |
|  | **gwarancja min. 24 m-ce [proszę podać okres gwarancji na oferowane stoły do ćwiczeń manualnych]** | **………….. miesiące** |

OFEROWANE MATERACE/MATY DO ĆWICZEŃ:

**…………….……………………………….…….. ………………………………………………………………**

(nazwa producenta) (model)[[9]](#footnote-9)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagany parametr** | **Oferowany parametr** |
|  | **mata gimnastyczna [proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
|  | **wymiary:**   1. **grubość: 1,5 cm (+/- 0,5 cm)** 2. **szerokość: 65 cm (+/- 5 cm)** 3. **długość: 190 cm (+/- 5 cm)**   **[proszę podać wymiary]** | 1. **grubość: ……………….. cm** 2. **szerokość: ……………… cm** 3. **długość: ……………….. cm** |
|  | **wykonana z materiału PE (bez PVC) [proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
|  | **gwarancja min. 24 m-ce [proszę podać okres gwarancji na oferowane materace/maty do ćwiczeń]** | **………….. miesiące** |

OFEROWANE LEŻANKI DREWNIANE:

**…………….……………………………….…….. ………………………………………………………………**

(nazwa producenta) (model)[[10]](#footnote-10)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagany parametr** | **Oferowany parametr** |
| 1 | **leżanka z drewna bukowego [proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
| 2 | **stabilna konstrukcja [proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
| 3 | **wymiary:**   1. **długość: 200 cm (+/- 10 cm)** 2. **szerokość: 70 cm ((+/- 10 cm)** 3. **wysokość: 55 cm (+/- 10 cm)**   **[proszę podać]** | 1. **długość: …………….. cm** 2. **szerokość: ……………. cm** 3. **wysokość: …………….. cm** |
| 4 | **regulacja kąta nachylenia zagłówka: od 0 ° do + 35 °[proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
| 5 | **dopuszczalne maksymalne obciążenie: minimum 200 kg [proszę podać]** | **……... kg** |
| 6 | **gwarancja min. 24 m-ce [proszę podać okres gwarancji na oferowane leżanki drewniane]** | **………….. miesiące** |

OFEROWANA SZYNA RELAKSACYJNA NA KOŃCZYNĘ GÓRNĄ I DOLNĄ:

**…………….……………………………….…….. ………………………………………………………………**

(nazwa producenta) (model)[[11]](#footnote-11)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagany parametr** | **Oferowany parametr** |
|  | **robotyczne urządzenie rehabilitacyjne do kończyn górnych i dolnych. Zastosowanie do wielu stawów (nadgarstek, łokieć, kostka i kolano) [proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
|  | **urządzenie stosowane w leczeniu neurologicznych i mięśniowo-szkieletowych zaburzeń ruchu [proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
|  | **tryby: pasywny, aktywnie wspomagany, aktywny i oporowy [proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
|  | **wymiary: 74,2 cm x 39 cm x 28,7 cm (+/-5 cm) [proszę podać]** | **……….…. x …….…… x …….. cm** |
|  | **gwarancja min. 24 m-ce [proszę podać okres gwarancji na oferowaną szynę relaksacyjną na kończynę górną i dolną]** | **………….. miesiące** |

OFEROWANE WIOŚLARZE Z OPOREM POWIETRZNYM:

**…………….……………………………….…….. ………………………………………………………………**

(nazwa producenta) (model)[[12]](#footnote-12)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagany parametr** | **Oferowany parametr** |
|  | **urządzenie do ćwiczeń aerobowych ogólnorozwojowych [proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
|  | **funkcje pomiaru min.: czas, dystans, opór, zużycie energii [proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
|  | **zasilanie elektryczne zewnętrzne lub wbudowany akumulator [proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
|  | **dopuszczalna waga użytkownika maks. 130 kg [proszę podać]** | **………………….. kg** |
|  | **w wyposażeniu: kółka transportowe, uchwyty, podstawy pod stopy z regulowanymi paskami [proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
|  | **wyświetlacz LCD [proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
|  | **waga urządzenia nie więcej niż 40 kg [proszę podać]** | **………………….. kg** |
|  | **gwarancja min. 24 m-ce [proszę podać okres gwarancji na oferowany wioślarz z oporem powietrznym]** | **………….. miesiące** |

OFEROWANA ELEKTRYCZNA LEŻANKA DO GABINETU LEKARSKIEGO:

**…………….……………………………….…….. ………………………………………………………………**

(nazwa producenta) (model)[[13]](#footnote-13)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagany parametr** | **Oferowany parametr** |
|  | **stół rehabilitacyjny z pilotem ręcznym i nożnym [proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
|  | **2-częściowy z elektryczną regulacją wysokości w zakresie od 64 do 82 cm (+/- 5cm) [proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
|  | **z regulowanym zagłówkiem [proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
|  | **2 opuszczane podłokietniki w sekcji zagłówka [proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
|  | **max. waga pacjenta do 150 kg [proszę podać]** | **………… kg** |
|  | **stół tapicerowany [proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
|  | **kolorystyka tapicerki do wyboru przez Zamawiającego (preferowany kolor: beżowy) [proszę podać proponowany kolor]** |  |
|  | **gwarancja min. 24 m-ce [proszę podać okres gwarancji na oferowaną elektryczną leżankę do gabinetu lekarskiego]** | **………….. miesiące** |

OFEROWANA BIEŻNIA:

**…………….……………………………….…….. ………………………………………………………………**

(nazwa producenta) (model)[[14]](#footnote-14)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagany parametr** | **Oferowany parametr** |
|  | **bieżnia treningowa [proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
|  | **zakres prędkości 0,5-6 km/h (+/-15%) [proszę podać]** | **……………… km/h** |
|  | **funkcje pomiaru: czasu, dystansu, kalorii, pulsu, prędkości [proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
|  | **zasilanie elektryczne [proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
|  | **dopuszczalna waga użytkownika. do 110 kg [proszę podać]** | **…………. kg** |
|  | **pas biegowy o wymiarach min. 380x1000 mm. (+/-15%) [proszę podać]** | **………… x ………….. mm** |
|  | **gwarancja min. 24 m-ce [proszę podać okres gwarancji na oferowaną bieżnię]** | **………….. miesiące** |

OFEROWANY ORBITREK:

**…………….……………………………….…….. ………………………………………………………………**

(nazwa producenta) (model)[[15]](#footnote-15)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagany parametr** | **Oferowany parametr** |
|  | **maksymalna waga użytkownika min. 150 kg [proszę podać]** | **………….. kg** |
|  | **system oporu magnetyczny [proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
|  | **wyposażony w generator prądotwórczy [proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
|  | **wyświetlacz LED [proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
|  | **przeznaczenie komercyjne [proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
|  | **min. 12 programów treningowych [proszę podać ilość programów]** | **………………. programów** |
|  | **wymiary: min. 220x75x174 cm [proszę podać wymiary]** | **…..……. x …..….. x ……… cm** |
|  | **gwarancja min. 24 m-ce [proszę podać okres gwarancji na oferowany orbitrek]** | **………….. miesiące** |

OFEROWANY ROWEREK REHABILITACYJNY:

**…………….……………………………….…….. ………………………………………………………………**

(nazwa producenta) (model)[[16]](#footnote-16)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagany parametr** | **Oferowany parametr** |
|  | **rower rehabilitacyjny [proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
|  | **wymiary: 120x59x151cm ( +/-5%) [proszę podać]** | **…….…. x …………. x ……….. cm** |
|  | **maksymalna waga użytkownika min. 150 kg [proszę podać]** | **………….. kg** |
|  | **min. 12 programów treningowych [proszę podać ilość programów]** | **………………. programów** |
|  | **regulacja oporu elektroniczna [proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
|  | **ekran LED [proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
|  | **rower wyposażony w kółka transportowe [proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
|  | **zastosowanie komercyjne [proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
|  | **gwarancja min. 24 m-ce [proszę podać okres gwarancji na oferowany rowerek rehabilitacyjny]** | **………….. miesiące** |

OFEROWANY TABORET LEKARSKI:

**…………….……………………………….…….. ………………………………………………………………**

(nazwa producenta) (model)[[17]](#footnote-17)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagany parametr** | **Oferowany parametr** |
|  | **taboret lekarski [proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
|  | **wysokość regulowana w zakresie min. 46-60 cm**  **[proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
|  | **obciążenie min. 120 kg [proszę podać]** | **……… kg** |
|  | **średnica siedziska: min. 34 cm [proszę podać średnicę]** | **………………… cm** |
|  | **siedzisko tapicerowane materiałem skóropodobnym [proszę wpisać TAK / NIE]** |  |
|  | **wybór kolorystyki z szerokiej gamy kolorów (preferowane kolory: zielony lub niebieski) [proszę podać proponowany kolor]** |  |
|  | **odporny na rozdarcia (norma PN-EN ISO 4674-1) lub równoważna**  **[proszę podać jakie normy odporności na rozdarcia spełnia oferowany taboret lekarski]** |  |
|  | **odporny na ścieranie (norma PN-EN ISO 5470-2, PN-EN 12947-4) lub równoważne [proszę podać jakie normy ścieralności spełnia oferowany taboret lekarski]** |  |
|  | **gwarancja min. 24 m-ce [proszę podać okres gwarancji na oferowany taboret lekarski]** | **………….. miesiące** |

Jednocześnie oświadczam/oświadczamy, iż[[18]](#footnote-18):

* 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. [↑](#footnote-ref-2)
3. Proszę podać wysokość stawki podatku VAT zastosowanej przez Wykonawcę.

   Jeżeli Wykonawca jest zwolniony z podatku VAT, proszę o podanie podstawy prawnej zwolnienia.

   Jeżeli wybór oferty prowadził będzie do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, Wykonawca, zobowiązany jest poinformować Zamawiającego, czy wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, wskazując nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazując ich wartość bez kwoty podatku. [↑](#footnote-ref-3)
4. Cena brutto wykonania przedmiotu zamówienia musi dotyczyć wykonania całego przedmiotu zamówienia opisanego w Zapytaniu ofertowym w tym w Załącznikach do niego. [↑](#footnote-ref-4)
5. Proszę wpisać, jeżeli Wykonawca przewiduje realizację zamówienia z udziałem podwykonawcy/podwykonawców. [↑](#footnote-ref-5)
6. O ile istnieje. [↑](#footnote-ref-6)
7. O ile istnieje. [↑](#footnote-ref-7)
8. O ile istnieje. [↑](#footnote-ref-8)
9. O ile istnieje. [↑](#footnote-ref-9)
10. O ile istnieje. [↑](#footnote-ref-10)
11. O ile istnieje. [↑](#footnote-ref-11)
12. O ile istnieje. [↑](#footnote-ref-12)
13. O ile istnieje. [↑](#footnote-ref-13)
14. O ile istnieje. [↑](#footnote-ref-14)
15. O ile istnieje. [↑](#footnote-ref-15)
16. O ile istnieje. [↑](#footnote-ref-16)
17. O ile istnieje. [↑](#footnote-ref-17)
18. Treść oświadczenia należy odpowiednio zmodyfikować, tak, by było ono złożone zgodnie z prawdą. [↑](#footnote-ref-18)