

**FORMULARZ OFERTOWO CENOWY**

**Dane Wykonawcy:**

**Nazwa:……………………………………………………………………………………………………………**

**Siedziba:…………………………………………………………………………………………………………**

**Tel………………………………………………………………………**

**e-mail:……………………………………………………………………..**

Nawiązując do ogłoszenia na zakup, dostawę, montaż i uruchomienie **WIELOFUNKCYJNEGO PIONIZATORA PACJENTA DLA ODDZIAŁU KARDIOLOGII** oraz przeszkolenie personelu z zakresu jego obsługi w ramach projektu nr KPOD.07.02-IP.10-0384/25/KPO/68/2025/364 o objęcie wsparciem ze środków planu rozwojowego Przedsięwzięcia *„Zakup wyposażenia i aparatury medycznej dla jednostek Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Opolu, działających w obszarze rozpoznania   
i leczenia chorób serca i naczyń krwionośnych”* realizowanego w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności: Komponent D „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia” Inwestycja D1.1.1 „Rozwój i modernizacja infrastruktury centrów opieki wysokospecjalistycznej i innych podmiotów leczniczych”,

oferujemy realizację przedmiotu zamówienia:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Ilość  szt. | Cena jedn.  netto w zł | Wartość netto  w zł | | Wartość brutto  w zł |
| 1 | Zakup, dostawa wraz z montażem i uruchomieniem wielofunkcyjnego pionizatora pacjenta dla Oddziału Kardiologii wraz z przeszkoleniem personelu z obsługi |  |  |  | |  |
| Razem | | | |  |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| SzczegółowyOpis Przedmiotu Zamówienia – Wielofunkcyjny pionizator pacjenta | | | | |
| **Lp.** | **Parametry** | **Parametr** **wymagany** | **Parametr  oferowany** | |
| **Wymagania ogólne** | | | | | |
|  | Urządzenie nowe, nieregenerowane, nierekondycjonowane, nie powystawowe i nie używane | Tak | |  | |
|  | Typ, Model, Producent, kraj pochodzenia | Tak, podać | |  | |
|  | Rok produkcji: 2025 r. lub 2026 r. | Tak, podać | |  | |
|  | Okres pełnej gwarancja (bez wyłączeń) na dostarczony sprzęt (gwarancja liczona od dnia protokolarnego odbioru przedmiotu umowy przez Zamawiającego) min. 24 m-cy | Tak | |  | |
|  | Przeglądy techniczne w okresie gwarancji zgodnie z wymaganiami lub zalecaniami producenta w cenie | Tak, podać | |  | |
|  | Przeszkolenie personelu z obsługi | Tak | |  | |
|  | Przeszkolenie personelu technicznego Zamawiającego w zakresie diagnostyki usterek oraz przeglądów okresowych (jeśli producent zaleca wykonywanie przeglądów) | Tak | |  | |
|  | Dostawa, podłączenie, uruchomienie, kontrola działania, w siedzibie Zamawiającego wraz z wdrożeniem urządzenia do eksploatacji. | Tak | |  | |
|  | Czas reakcji na zgłoszenie usterki do 48 godzin w dni robocze rozumiane jako dni od pn.-pt. z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | Tak | |  | |
|  | Czas skutecznej naprawy z użyciem części zamiennych licząc od momentu zgłoszenia awarii – maks. 7 dni roboczych rozumianych jako dni od pn.-pt. z wyłączeniem dni ustawowo wolnych lub dostarczenie urządzenia zastępczego w przypadku przedłużającej się naprawy powyżej 3 dni roboczych | Tak | |  | |
|  | Zgodność z normą **EN ISO 10535** określającą wymagania dotyczące konstrukcji, bezpieczeństwa użytkowania oraz procedur testowania urządzeń do podnoszenia i przemieszczania osób o ograniczonej mobilności. | Tak | |  | |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej i elektronicznej wraz z dostawą urządzenia. | Tak | |  | |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia dostępności części zamiennych przez okres co najmniej 10 lat od daty dostawy oraz umożliwienia Zamawiającemu zakupu części zamiennych bez obowiązku jednoczesnego zlecania usługi ich montażu lub wymiany. | Tak | |  | |
|  | Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem) | Tak | |  | |
|  | Urządzenie musi być wyrobem medycznym zgodnym z Rozporządzeniem **(UE) 2017/745 (MDR)** oraz oznakowane znakiem **CE**. | Tak | |  | |
|  | Wraz z przekazaniem sprzętu, Wykonawca zobowiązany jest przekazać Zamawiającemu wszystkie dokumenty związane z urządzeniem   w wersji elektronicznej (PDF), w tym m. in. instrukcję obsługi i użytkowania w języku polskim w formie elektronicznej, skróconą wersję instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), karty gwarancyjne, paszport techniczny, wykaz punktów serwisowych oraz wykaz dostawców części zamiennych. Kopię zgłoszenia/powiadomienia dokonania głoszenia/powiadomienia o wyrobie do Prezesa Urzędu na podstawie ustawy o wyrobach medycznych (jeśli dotyczy) | Tak, podać | |  | |
|  | Materiały i opakowania użyte do budowy urządzenia/urządzeń nadają się do recyklingu | Tak | |  | |
|  | Części zamienne urządzenia/urządzeń nadają się do odzysku | Tak | |  | |
|  | Wykonawca posiadający autoryzację producenta na sprzedaż na terenie Polski i zapewniający autoryzowany serwis na terenie Polski. Potwierdzić odpowiednim dokumentem. | Tak | |  | |
|  | Dostarczenie oraz instalacja realizowane przez wykonawcę posiadającego autoryzację producenta na sprzedaż na terenie Polski i zapewniający autoryzowany serwis na terenie Polski. Potwierdzić odpowiednim dokumentem. | Tak | |  | |
| **Wymagania techniczne** | | | | | |
|  | Urządzenie ułatwiające wczesną mobilizację i rehabilitację pacjentów o każdym poziomie unieruchomienia. Przeznaczone do użytku w szpitalach, na oddziałach intensywnej opieki, oddziałach rehabilitacji oraz w placówkach intensywnej opieki długoterminowej. | Tak | |  | |
|  | Urządzenie umożliwia ustawienie pacjenta w pozycji: siedzącej, stojącej, leżącej oraz Trendelendurga | Tak | |  | |
|  | Urządzenie może służyć do mobilizacji pacjenta poprzez zastosowanie przechyłów bocznych. | Tak | |  | |
|  | Maksymalne obciążenie robocze min. 200 kg | Tak, podać | |  | |
|  | Masa własna urządzenia max. 150 kg | Tak, podać | |  | |
|  | Każda sekcja wyposażona w wysokiej jakości materac wykonany z pianki poliuretanowej pokryty materiałem łatwym do dezynfekcji, nieprzemakalnym oraz umożliwiającym bezproblemową wymianę pokrycia. | Tak | |  | |
|  | Urządzenie wyposażone w podpórkę pod stopy pacjenta. Możliwość regulacji wysokości poprzez przesuwanie podpórki. | Tak | |  | |
|  | Urządzenie wyposażone w 4 koła, min. 2 koła z hamulcem | Tak, podać | |  | |
|  | Urządzenie wyposażone we wskaźnik kątowy określający stopień wykonanej pionizacji. | Tak | |  | |
|  | Urządzenie zasilane przez akumulator (baterie). W zestawie min. dwa akumulatory (baterie) i ładowarka zewnętrzna z uchwytem ściennym w celu zachowania ciągłej pracy | Tak, podać | |  | |
|  | Wymiary urządzenia w zakresie **typowym dla urządzeń mobilizacyjnych** od 1850 mm do 2050 mm, Szerokość urządzenia max. 750 mm | Tak, podać | |  | |
|  | Wysokość na jaką można obniżyć urządzenie w pozycji horyzontalnej min. 580 mm | Tak, podać | |  | |
|  | Wysokość na jaką można podnieść urządzenie w pozycji horyzontalnej max. 990 mm | Tak, podać | |  | |
|  | Pozycja Trendelenburga min. 20° | Tak, podać | |  | |
|  | Pozycja pionizacyjna min. 70° | Tak, podać | |  | |
|  | Przechyły boczne min. 15° w jedną i drugą stronę | Tak, podać ° | |  | |
|  | Urządzenie wyposażone w panel sterowania umieszczony na ramie urządzenia, na którym znajdują się przyciski (z piktogramami) min.: zmiana funkcji pionizacja/fotel, regulacja wysokości/pionizacji, regulacja pozycji z siedzącej do leżącej | Tak | |  | |
|  | Aktywacja trybu pionizacji sygnalizowana jest włączoną diodą na przycisku aktywacji trybu. | Tak | |  | |
|  | Urządzenie wyposażone w panel sterowania na przewodzie, na który znajdują się przyciski (z piktogramami) min: regulacja wysokości, przechył Trendelenburga, regulacja wysokości, regulacja pozycji z siedzącej do leżącej, przechyły boczne | Tak | |  | |
|  | Urządzenie wyposażone w: dodatkową poduszkę umożliwiającą unieruchomienie głowy pacjenta wraz z pasem bezpieczeństwa umiejscowionym na czole, pasy bezpieczeństwa zabezpieczające klatkę piersiową i tułów, pasy bezpieczeństwa zabezpieczające kolana | Tak, podać | |  | |
|  | Urządzenie wyposażone w przycisk bezpieczeństwa umożliwiający w szybki sposób ustawienie pionizatora z pozycji wertykalnej do pozycji horyzontalnej | Tak | |  | |
|  | Urządzenie wyposażone w 2 przyciski bezpieczeństwa blokujące prace pionizatora | Tak | |  | |
|  | Urządzenie wyposażone w elektryczny system sterowania w przypadku awarii pilota i przycisków znajdujących się na kolumnie pionizatora. | Tak | |  | |
|  | Urządzenie wyposażone podłokietniki oraz podpórki dla stawów barkowych | Tak | |  | |
|  | Podłokietniki z możliwością regulacji ustawienia | Tak | |  | |
|  | Podpórki stawu barkowego z możliwością regulacji ich szerokości oraz możliwością opuszczenia ich podczas przenoszenia pacjenta na lub z pionizatora. | Tak | |  | |
|  | Wyposażenie standardowe: 2 baterie, komplet zapasowych pokrowców na materace i pasy | Tak, podać | |  | |

Uwaga:

Parametry techniczne określone w kolumnie „parametr” są wymogami granicznymi.

**Oświadczenia**

Oświadczam, że:

1. Cena brutto jest ceną ostateczną obejmującą wszystkie koszty i składniki cenotwórcze związane z realizacją przedmiotu zamówienia tj. uwzględnia wszystkie koszty niezbędne do prawidłowego, pełnego i terminowego wykonania przedmiotu zamówienia, wynikające z warunków i obowiązków określonych w Zapytaniu, jak i własnej wiedzy i doświadczenia.
2. Wykonamy Przedmiot Zamówienia w terminie do 8 tygodni od daty zawarcia umowy.
3. Posiadamy uprawnienia do wykonywania działalności określonej w przedmiocie zamówienia.
4. Znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej umożliwiającej wykonanie zamówienia.
5. Posiadamy niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania przedmiotu zamówienia.
6. Dysponujemy odpowiednim potencjałem technicznym niezbędnym do wykonania przedmiotu zamówienia.
7. Dysponujemy osobami zdolnymi do wykonania przedmiotu zamówienia.
8. Akceptujemy wszystkie warunki zawarte w Zapytaniu. W przypadku uznania oferty za najkorzystniejszą zobowiązujemy się do podpisania umowy zgodnej z jej wzorem określonym w załączniku nr 3 do Zapytaniu, w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
9. Otrzymaliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
10. Wszystkie informacje zamieszczone w ofercie są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
11. Akceptujemy termin związania ofertą (30 dni od ostatecznego terminu składania ofert).
12. Zobowiązujemy się do realizacji zamówienia zgodne z zasadą DNSH (Do No Significant Harm – zasada nieczynienia poważnej szkody środowisku, zgodnie z art. 17 rozporządzenia UE nr 2020/852).
13. Oświadczamy, że spełniamy wymogi określone w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 4 maja 2016 r.).

…………….…………………………………

miejscowość, data …………………………………………

*/podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/*