**Załącznik nr 2**

**FORMULARZ OFERTY**

Zarejestrowana nazwa firmy ..........................................................................................................

Adres firmy .........................................................................................................

Nr telefonu ..........................................................................................................

e-mail ..........................................................................................................

Miejsce i numer rejestracji lub wpisu do ewidencji .........................................................................................

nr REGON ............................................................................................................

nr NIP ............................................................................................................  
Nr konta Wykonawcy: ….........................................................................................................

Imię i nazwisko osoby do kontaktu ze strony Wykonawcy:……………......................, tel.: ……………………

**Do:** **Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu,**

**ul. Przybyszewskiego 49**

**60-355 Poznań**

Odpowiadając na ogłoszenie o zamówieniu publicznym na **Dostawę z wniesieniem i instalacją wyposażenia Szpitala oraz systemu monitorowania pacjenta wraz z przeszkoleniem personelu w ramach projektu pn. Budowa Centralnego Zintegrowanego Szpitala Klinicznego w Poznaniu - centrum medycyny interwencyjnej (etap I CZSK) (PN-6/23),** procedowanym w trybie przetargu nieograniczonego,działając w imieniu i na rzecz wskazanego powyżej Wykonawcy, oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia określonego w Specyfikacji Warunków Zamówienia (SWZ), za cenę ryczałtową:

1. **Cena łączna zamówienia podstawowego oraz opcji:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cena netto | Kwota VAT | Wartość Brutto | Brutto słownie |
| …………………zł | ……………….zł | …………………zł |  |

a w tym:

1. cena za wykonanie zakresu podstawowego przedmiotu zamówienia:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cena netto | Kwota Vat | Wartość Brutto | Brutto słownie |
| …………………zł | ……………….zł | …………………zł |  |

na którą składają się:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  | Nazwa sprzętu | ilość | Cena jednostkowa  netto | Wartość netto (4 x 5) | Stawka VAT | Wartość brutto (6 x 7) |
| **Pakiet 1**  **Łóżka anestezjologiczne dla Oddziału Intensywnej Terapii – 22 sztuki z podziałem na zastosowanie typu A, B, C, D** | A | Łóżko bariatryczne poszerzane i wydłużane z wagą pacjenta i własnym napędem | 1 |  |  |  |  |
| B | Łóżko anestezjologiczno-pulmonologiczne półautomatyczne z wagą pacjenta i własnym napędem | 2 |  |  |  |  |
| C | Łóżka anestezjologiczne z wagą pacjenta | 16 |  |  |  |  |
| D | Łóżka anestezjologiczne z wagą pacjenta wyposażone w ramę ortopedyczną | 3 |  |  |  |  |
| Razem pakiet 1: | | | | | |  |
| Pakiet 2:  System monitorowania wraz z aparatami do znieczulenia i respiratorami oraz klinicznym oprogramowaniem zarządczym na potrzeby Bloku operacyjnego oraz Oddziału Intensywnej Terapii | I | System monitorowania dla Oddziału Intensywnej Terapii - 14 stanowisk oraz dodatkowe przeniesienie istniejących 8 stanowisk  w tym: | 1 kpl | Ceny składowych podać poniżej: | | | |
| Przeniesienie istniejących 8 stanowisk | 1 |  |  |  |  |
| Centrala monitorująca | 3 |  |  |  |  |
| Kardiomonitor | 14 |  |  |  |  |
| Moduł transportowy | 14 |  |  |  |  |
| II | System monitorowania wraz z aparatami do znieczulenia i respiratorami dla Bloku operacyjnego w tym: | 1 kpl | Ceny składowych podać poniżej: | | | |
| A1 Kardiomonitory z modułami transportowymi i centralami na Salę poznieczuleniową – 18 stanowisk, w tym: | 1 kpl |  |  |  |  |
| Kardiomonitor | 18 |  |  |  |  |
| Moduł transportowy | 18 |  |  |  |  |
| Centrala monitorująca | 2 |  |  |  |  |
| A2 Kardiomonitor modułowy na Salę przygotowania pacjenta – 3 stanowiska | 1 kpl |  |  |  |  |
| Kardiomonitor | 3 |  |  |  |  |
| Moduł transportowy | 3 |  |  |  |  |
| B Aparaty do znieczulenia wraz z kardiomonitorami i komputerami medycznymi dla sal operacyjnych – 6 sztuk nowych oraz doposażenie 5 sztuk posiadanych przez Zamawiającego | 1 |  |  |  |  |
| Aparat do znieczulenia z kardiomonitorem i komputerem medycznym | 6 |  |  |  |  |
| Przeniesienie i doposażenie 5 aparatów do znieczulenia | 1 |  |  |  |  |
| C Respiratory stacjonarne na Salę poznieczuleniową | 10 |  |  |  |  |
| Razem pakiet 2: | | | | | |  |
| Pakiet 3 | Respiratory stacjonarne typ A na Oddział Intensywnej Terapii | | 4 |  |  |  |  |
| **Pakiet 4:**  **Wózki do transportu pacjenta** | A | Wózek do transportu pacjenta z nieprzeziernym leżem | 77 |  |  |  |  |
| B | Wózek do transportu pacjenta z przeziernym leżem | 3 |  |  |  |  |
| C | Wózek siedzący do transportu pacjenta | 10 |  |  |  |  |
| Razem pakiet 4: | | | | | |  |
| Pakiet 5 | Defibrylatory typ A na SOR | | 6 |  |  |  |  |
| Pakiet 6 | Defibrylatory typ B na Oddział Intensywnej Terapii, Sale Pooperacyjne przy Oddziałach, Blok Operacyjny i Chirurgię 1-dnia | | 19 |  |  |  |  |
| Pakiet 7:  Respiratory transportowo-stacjonarne i respiratory stacjonarne typ B na potrzeby różnych Oddziałów Szpitala Klinicznego | A | Respirator transportowo-stacjonarny – 12 sztuk | 12 |  |  |  |  |
| B | Respirator stacjonarny – typ B | 4 |  |  |  |  |
| Razem pakiet 7: | | | | | |  |
| Pakiet 8:  Pompy infuzyjne na potrzeby różnych Oddziałów Szpitala Klinicznego | A | Pompa strzykawkowa zaawansowana na Oddział Intensywnej Terapii, Bloki Operacyjne i Salę poznieczuleniową przy Blokach Operacyjnych | 196 |  |  |  |  |
| B | Pompa objętościowa zaawansowana na Oddział Intensywnej Terapii, Bloki Operacyjne i Salę poznieczuleniową przy Blokach Operacyjnych | 30 |  |  |  |  |
| C | Stacja dokująca dla pomp z pkt. A i B | 91 |  |  |  |  |
| D | Wózek na aparaturę medyczną na Oddział Intensywnej Terapii, Bloki Operacyjne i Salę poznieczuleniową przy Blokach Operacyjnych | 31 |  |  |  |  |
| Razem pakiet 8: | | | | | |  |

1. cena za wykonanie opcji:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Nazwa sprzętu | ilość | Cena jednostkowa  netto | Wartość netto (2 x 3) | Stawka VAT | Wartość brutto (4 x 5) | Wartość brutto słownie |
| Aparat do znieczulenia dla Pracowni Endoskopii i Oddziału Chirurgii 1-dnia | 8 |  |  |  |  |  |

1. Oświadczamy, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego.
2. Zapoznaliśmy się z SWZ oraz wyjaśnieniami i zmianami SWZ przekazanymi przez Zamawiającego (jeżeli zostały przekazane) i uznajemy się związani ich postanowieniami.
3. Na przedmiot zamówienia udzielamy gwarancji, zgodnie z warunkami określonymi we wzorze umowy, na okres: ……………… miesięcy
4. Oświadczamy, że uważamy się związani niniejszą ofertą przez czas wskazany w SWZ.
5. Zapoznaliśmy się z projektem umowy i nie wnosimy w stosunku do niego żadnych uwag, a w przypadku wyboru naszej oferty podpiszemy umowę zgodnie z tym projektem.
6. Następujący zakres przedmiotu zamówienia zamierzamy zlecić Podwykonawcom\*:

|  |  |
| --- | --- |
| Część/zakres zamówienia | Nazwa (firma) podwykonawcy |
|  |  |

1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się   
   o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
2. Oświadczamy, że jesteśmy\*:

mikroprzedsiębiorstwem - tak □ nie □

Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR

małym przedsiębiorstwem - tak □ nie □

Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

średnim przedsiębiorstwem - tak □ nie □

Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami   
i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR *lub* roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR

Powyższa informacja ma charakter wyłącznie informacyjny i służy dla celów statystycznych.

1. Integralną częścią oferty są:
   1. .....................................................................................................
   2. .....................................................................................................
2. Wykonawca powołuje się na zasoby podmiotu trzeciego**1** : tak □ nie □

………………………………………………………………………………………………………………………………(wypełnić jeśli dotyczy - podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

**1** *jeżeli Wykonawca powołuje się na zasoby podmiotu trzeciego należy wraz z ofertą przedłożyć oświadczenie podmiotu udostępniającego zasoby, potwierdzające brak podstaw wykluczenia tego podmiotu oraz odpowiednio spełnianie warunków udziału w postępowaniu lub kryteriów selekcji, w zakresie, w jakim wykonawca powołuje się na jego zasoby, stosownie do treści art. 125 ust.5 Ustawy pzp.*

*miejscowość, data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\*skreślić/zaznaczyć/wypełnić***

*Formularz należy podpisać*

*kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

osób/-y uprawnionych/-ej