**Załącznik nr 1 do SWZ**

**FORMULARZ OFERTY**

Nr referencyjny nadany w sprawie przez Zamawiającego: **DOZ.240.7.2024**

|  |
| --- |
| **ZAMAWIAJĄCY** |
| Nazwa | **WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W BYDGOSZCZY** |
| Adres | UL. KS. R. MARKWARTA 7, 85-015 BYDGOSZCZ |
| NIP | 554-22-12-161 |
| REGON | 001044962 |
| **WYKONAWCA** |
| Nazwa z oznaczeniem formy prawnej wykonywanej działalności |  |
| Adres |  |
| NIP |  |
| REGON |  |

Oświadczamy, że oferujemy wykonanie zamówienia pn.: **Zakup sprzętu medycznego na potrzeby Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy** w zakresie i na warunkach określonych w Specyfikacji Warunków Zamówienia oraz w projekcie umowy za cenę:

|  |
| --- |
| **Część 1 – Mechaniczna kompresja klatki piersiowej** |

**Cena netto oferty: ......................................................**

**Cena brutto oferty: ....................................................**

*\* ceny netto i brutto należy podać w dokładnością do dwóch miejsc po przecinku*

|  |  |
| --- | --- |
| **Kryterium poza cenowe, dodatkowo punktowane** | **TAK/NIE\*\*** |
| współpracująca z programem CODE-STAT Physio-Control **(30 pkt)** |  |
| bezprzewodowe (nie pendrive, nie karta pamięci) **(10 pkt)** |  |
| oprogramowanie trybów pracy urządzenia **(10 pkt)** |  |

*\*\* należy zaznaczyć „TAK” w przypadku oferowania parametru dodatkowo punktowanego lub „NIE” w przypadku braku spełnienia tego kryterium*

|  |
| --- |
| **Część 2 – Nosze** |

**Cena netto oferty: ......................................................**

**Cena brutto oferty: ....................................................**

*\* ceny netto i brutto należy podać w dokładnością do dwóch miejsc po przecinku*

|  |  |
| --- | --- |
| **Kryterium poza cenowe, dodatkowo punktowane** | **TAK/NIE\*\*** |
| udźwig większy niż 160 kg **(30 pkt)** |  |
| gwarancja 36 miesięcy **(10 pkt)** |  |

*\*\* należy zaznaczyć „TAK” w przypadku oferowania parametru dodatkowo punktowanego lub „NIE” w przypadku braku spełnienia tego kryterium*

|  |
| --- |
| **Część 3 – Sprzęt ortopedyczny** |

**Cena netto oferty: ......................................................**

**Cena brutto oferty: ....................................................**

*\* ceny netto i brutto należy podać w dokładnością do dwóch miejsc po przecinku*

|  |  |
| --- | --- |
| **Kryterium poza cenowe, dodatkowo punktowane** | **TAK/NIE\*\*** |
| gwarancja 36 miesięcy **(40 pkt)** |  |

*\*\* należy zaznaczyć „TAK” w przypadku oferowania parametru dodatkowo punktowanego lub „NIE” w przypadku braku spełnienia tego kryterium*

|  |
| --- |
| **Część 4 – Nożyczki opatrunkowe** |

**Cena netto oferty: ......................................................**

**Cena brutto oferty: ....................................................**

*\* ceny netto i brutto należy podać w dokładnością do dwóch miejsc po przecinku*

|  |  |
| --- | --- |
| **Kryterium poza cenowe, dodatkowo punktowane** | **TAK/NIE\*\*** |
| uchwyt koloru czerwonego lub pomarańczowego **(20 pkt)** |  |
| antypoślizgowa rękojeść o szerokich oczkach **(10 pkt)** |  |
| możliwość użytkowania w rękawicach taktycznych **(10 pkt)** |  |

*\*\* należy zaznaczyć „TAK” w przypadku oferowania parametru dodatkowo punktowanego lub „NIE” w przypadku braku spełnienia tego kryterium*

|  |
| --- |
| **Część 5 – Zestaw do wkłuć doszpikowych** |

**Cena netto oferty: ......................................................**

**Cena brutto oferty: ....................................................**

*\* ceny netto i brutto należy podać w dokładnością do dwóch miejsc po przecinku*

|  |  |
| --- | --- |
| **Kryterium poza cenowe, dodatkowo punktowane** | **TAK/NIE\*\*** |
| gwarancja 36 miesięcy **(20 pkt)** |  |
| jeden zestaw szkoleniowy (napęd i igły) w komplecie **(20 pkt)** |  |

*\*\* należy zaznaczyć „TAK” w przypadku oferowania parametru dodatkowo punktowanego lub „NIE” w przypadku braku spełnienia tego kryterium*

|  |
| --- |
| **Część 6 – Elektrody do AED** |

**Cena netto oferty: ......................................................**

**Cena brutto oferty: ....................................................**

*\* ceny netto i brutto należy podać w dokładnością do dwóch miejsc po przecinku*

|  |  |
| --- | --- |
| **Kryterium poza cenowe, dodatkowo punktowane** | **TAK/NIE\*\*** |
| dodatkowe elektrody treningowe **(20 pkt)** |  |
| zestaw AED set **(20 pkt)** |  |

*\*\* należy zaznaczyć „TAK” w przypadku oferowania parametru dodatkowo punktowanego lub „NIE” w przypadku braku spełnienia tego kryterium*

|  |
| --- |
| **Część 7 – Aparaty do pomiaru ciśnienia** |

**Cena netto oferty: ......................................................**

**Cena brutto oferty: ....................................................**

*\* ceny netto i brutto należy podać w dokładnością do dwóch miejsc po przecinku*

|  |  |
| --- | --- |
| **Kryterium poza cenowe, dodatkowo punktowane** | **TAK/NIE\*\*** |
| gwarancja 36 miesięcy **(20 pkt)** |  |
| mankiety w kompletach w różnych rozmiarach **(20 pkt)** |  |

*\*\* należy zaznaczyć „TAK” w przypadku oferowania parametru dodatkowo punktowanego lub „NIE” w przypadku braku spełnienia tego kryterium*

|  |
| --- |
| **Część 8 – Ładowarka do baterii defibrylatora** |

**Cena netto oferty: ......................................................**

**Cena brutto oferty: ....................................................**

*\* ceny netto i brutto należy podać w dokładnością do dwóch miejsc po przecinku*

|  |  |
| --- | --- |
| **Kryterium poza cenowe, dodatkowo punktowane** | **TAK/NIE\*\*** |
| wskaźnik naładowania baterii **(20 pkt)** |  |
|  gwarancja 24 miesiące **(20 pkt)** |  |

*\*\* należy zaznaczyć „TAK” w przypadku oferowania parametru dodatkowo punktowanego lub „NIE” w przypadku braku spełnienia tego kryterium*

|  |
| --- |
| **Część 9 – Pakiety suchego lodu** |

**Cena netto oferty: ......................................................**

**Cena brutto oferty: ....................................................**

*\* ceny netto i brutto należy podać w dokładnością do dwóch miejsc po przecinku*

|  |  |
| --- | --- |
| **Kryterium poza cenowe, dodatkowo punktowane** | **TAK/NIE\*\*** |
| pakowane osobno po 2 szt. **(20 pkt)** |  |
|  utrzymanie temperatury do 5 st. Celsjusza do 6 h od otwarcia **(20 pkt)** |  |

*\*\* należy zaznaczyć „TAK” w przypadku oferowania parametru dodatkowo punktowanego lub „NIE” w przypadku braku spełnienia tego kryterium*

1. **Oświadczamy, że:**
2. uzyskaliśmy informacje konieczne do przygotowania oferty i uwzględniliśmy je w kalkulacji ceny oferty oraz, że zapoznaliśmy się z warunkami zawartymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia, wyjaśnieniami i modyfikacjami SWZ przekazanymi przez Zamawiającego
i uznajemy się za związanych uwzględnionymi w niej zapisami;
3. cena oferty zawiera wszystkie koszty niezbędne do wykonania zamówienia;
4. uważamy się za związanych niniejszą ofertą od dnia upływu terminu składania ofert do
**2 listopada 2024 r.** Akceptujemy wzór umowy, nie wnosząc uwag i zastrzeżeń, a w przypadku wygrania przetargu zobowiązujemy się do zawarcia umowy w stosownych terminach;
5. oferowany przedmiot zamówienia spełnia wszystkie wymagania Zamawiającego zawarte
w Specyfikacji Warunków Zamówienia oraz jest zgodny z opisem zamówienia.
6. **Następujące części niniejszego zamówienia powierzamy podwykonawcy\*:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa części zamówienia** | **Nazwa i adres podwykonawcy** (o ile jest już znany) |
|  |  |  |
|  |  |  |

**\*** *wypełniają tylko Wykonawcy, którzy powierzą wykonanie części zamówienia podwykonawcom. W przypadku nie wypełnienia powyższej tabeli Zamawiający uzna, że Wykonawca wykona zamówienie bez udziału podwykonawcy.*

1. Oświadczamy, że wybór naszej oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług. Jednocześnie wskazujemy poniżej nazwę (rodzaj) towaru, którego dostawa będzie prowadzić do jego powstania oraz wskazujemy ich wartość bez kwoty podatku.

Pozostawienie poniższej tabeli bez wypełnienia oznacza, że oferta Wykonawcy nie będzie prowadzić do powstania
u Zamawiającego obowiązku podatkowego.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego** | **Wartość towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym Zamawiającego, bez kwoty podatku** | **Stawka podatku od towarów i usług, która będzie miała zastosowanie** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Oświadczenie wymagane od Wykonawcy w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO.**

Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy
w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu2).

1) *rozporządzenie 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)*

2) *w przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie)*

1. **Informacja, czy Wykonawca jest mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwem.**

**Oświadczamy, że jesteśmy\*:**

[ ]  **mikroprzedsiębiorstwem**

[ ]  **małym przedsiębiorstwem**

[ ]  **średnim przedsiębiorstwem**

[ ]  **żadnym z powyższych**

\*właściwe zaznaczyć

1. **Wadium:**
2. wadiumprzetargowe w wysokości ………………………...………….. zostało wniesione w dniu …………………………… w formie ………………………………....…………………………………................................
3. nazwa banku i numer konta, na jakie Zamawiający ma dokonać zwrotu wadium wpłaconego
w pieniądzu: ………………….....…………………………………....………………………………………………………………
4. **Osoba uprawniona** **do kontaktów po stronie Wykonawcy:**

imię i nazwisko .......................................................................

adres ......................................................................................

nr telefonu ..............................................................................

adres e-mail …………………………………………………………………………..

*............................................ .................................................................*

 *miejscowość i data podpis i pieczęć osoby uprawnionej*

 *do reprezentowania Wykonawcy*