**ZAŁĄCZNIK (PAKIET) NR 3 –** Drobny sprzęt do Centralnej Sterylizacji

**FORMULARZ OFERTOWY**

NAZWA WYKONAWCY .....................................................................................

SIEDZIBA ..............................................................................................................

REGON ................................................. NIP .........................................................

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

 *(pieczęć Wykonawcy)*

*adres elektroniczny (e-mail) ................................................................ (do kontaktu z Zamawiającym!)*

**Hasło (kod) dostępu do pliku JEDZ: …..**

*Cena oferty (w PLN) brana pod uwagę przy ocenie ofert:*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP. | Przedmiot zamówienia | Ilość | Cena jedn. netto | Cena jedn. brutto | WARTOŚĆ ZAMÓWIENIANETTO | VATw % | WARTOŚĆ ZAMÓWIENIABRUTTO |
| I. | Pojemnik z pokrywą do transportu wyrobów skażonychWymiary pojemnika: 300 - 330 x 220 - 260 x 100 – 120 mm (dxsxw). | 8 szt. |  |  |  |  |  |
| I.A. | Pojemnik z pokrywą do transportu wyrobów skażonychWymiary pojemnika: 500 - 600 x 300 - 330 x 100 – 200 mm (dxsxw). | 8 szt. |  |  |  |  |  |
| II. | Urządzenie do ręcznego mycia narzędzi parą wodną. | 1szt. |  |  |  |  |  |
| III. | Lampa z podświetlaną soczewką do przeglądania narzędzi chirurgicznych | 1szt. |  |  |  |  |  |

WARTOŚĆ NETTO ZAMÓWIENIA (CAŁEGO, tj. asortymentu z poz. I - III): ..............................................

**WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA (CAŁEGO, tj. asortymentu z poz. I - III): .......................................**

# ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

# (szczegółowy opis przedmiotu zamówienia)

**Tabela nr 1. Zestawienie parametrów wymaganych (granicznych)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **PARAMETRY** | **WYMOGI****(warunki/parametry graniczne)** | **ODPOWIEDŹ WYKONAWCY:****TAK/NIE****(parametry w oferowanej aparaturze - opisać)** |
| **I. i I. A Pojemnik z pokrywą do transportu wyrobów skażonych** |
| 1 | Odporny na wielokrotny proces mycia-dezynfekcji i suszenia w myjni-dezynfektorze w temperaturze do 110ºC.  | TAK |  |
| 2 | Wykonanie: polipropylen.  | TAK |  |
| **II. Urządzenie do ręcznego mycia narzędzi parą wodną**  |
| 1 | Ciśnienie pary wodnej – min. 4 bar | TAK |  |
| 2 | Pojemność zbiornika – min. 3 litry | TAK |  |
| 3 | Wykonanie: obudowa, zbiornik ze stali kwasoodpornej | TAK |  |
| 4 | Zestaw końcówek natryskowych do narzędzi do chirurgii małoinwazyjnej z przyłączem typu Luer – min. 6 sztuk | TAK |  |
| 5 | Przeglądy techniczne (należy podać częstotliwość przeglądów w przypadku wymaganych przeglądów technicznych) | Podać/opisać |  |
| 6 | DTR w języku polskim i angielskim w formie pisemnej i elektronicznej (PDF) | TAK (wraz z dostawą urządzenia) |  |
| 7 | Autoryzacja producenta na sprzedaż i serwis urządzeń w Polsce w formie pisemnej i elektronicznej (PDF) na podstawie ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych | TAK/PRZEDSTAWIĆ DOKUMENT AUTORYZACJI (wraz z dostawą urządzenia) |  |
| 8 | Wykaz autoryzowanych przedstawicieli serwisowych | Podać/opisać |  |
| **III. Lampa z podświetlaną soczewką do przeglądania narzędzi chirurgicznych – 1 sztuka** |
| 1 | Mocowana do stołu | TAK |  |
| 2 | Powiększenie min. 2 razy | TAK |  |
| 3 | Średnica szkła powiększającego 100 – 130 mm | TAK |  |

**Uwaga! Należy (bezwzględnie) wypełnić wszystkie pola odpowiedzi.**

**Zakres zamówienia obejmuje: zakup i dostawę oraz montaż, uruchomienie i przeszkolenie personelu.**

Uwaga: Kopię certyfikatu potwierdzającą, że oferowane urządzenie do ręcznego mycia narzędzi parą wodną jest wyrobem medycznym oznaczonym znakiem CE oraz kopię wpisu do Rejestru Wyrobów Medycznych należy dostarczyć Kierownikowi Centralnej Sterylizacji w terminie 10 dni od daty podpisania umowy*.*

Instrukcję obsługi w języku polskim należy dostarczyć Kierownikowi Centralnej Sterylizacji w terminie 10 dni od daty podpisania umowy.

Uwaga!

**W kolumnie „WYMOGI (warunki/parametry graniczne):**

TAK (lub podana wartość graniczna) - oznacza bezwzględny wymóg.

Wykonawca zobowiązany jest do potwierdzenia jej w rubryce „**ODPOWIEDŹ WYKONAWCY: TAK/NIE (parametry w oferowanej aparaturze - opisać)”.** Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi traktowany będzie jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i spowoduje odrzucenie oferty.

**Oferowane urządzenie musi być fabrycznie nowe.**

Oświadczamy, iż oferowane w postępowaniu przetargowym urządzenie jest kompletne i będzie (po zainstalowaniu) gotowe do eksploatacji - bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (ze strony Zamawiającego).

Zamawiający zastrzega sobie prawo sprawdzenia wiarygodności podanych przez Wykonawcę parametrów technicznych we wszystkich dostępnych źródłach (w tym u producenta). W przypadku jakichkolwiek wątpliwości Zamawiający wymagać będzie prezentacji urządzenia i jego parametrów technicznych.

**Termin gwarancji: …….. miesiące/y** (gwarancja minimalna 24 miesiące, gwarancja maksymalna 36 miesięcy) - wypełnia Wykonawca.

**Brak wskazania terminu gwarancji** **skutkować będzie przyjęciem przez Zamawiającego, że Wykonawca zaoferował najkrótszy, przewidziany w siwz termin gwarancji.**

**W przypadku zaoferowania terminu gwarancji dłuższego niż przewidziany w siwz maksymalny termin gwarancji (który wynosi 36 miesięcy), Zamawiający przyzna Wykonawcy ilość punktów przewidzianą dla 36 miesięcy.**

W przypadku, gdy Dostawca (w okresie gwarancji) nie wykona obowiązku bezpłatnego przeglądu w siedzibie Zamawiającego (dot. poz. II), Zamawiający nie traci gwarancji na urządzenie.

Każdy dzień przestoju urządzenia w okresie gwarancji powoduje wydłużenie gwarancji o kolejne trzy dni robocze. W przypadku przekroczenia przestoju urządzenia powyżej trzech dni, gwarancja ulega odpowiedniemu wydłużeniu, obliczanemu w oparciu o faktyczny czas przestoju.

Okres gwarancji obejmuje bezpłatne: części (pakiety serwisowe), ich wymianę, przeglądy według wskazań producenta.

**Termin realizacji zamówienia: w nieprzekraczalnym terminie do dnia 10.12.2018 r.**

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

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

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***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).*

***\**** *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).*

Oświadczamy (pod rygorem odpowiedzialności karnej), że wszystkie przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się (w przypadku wybrania naszej oferty) do dostarczenia Zamawiającemu przedmiotu zamówienia spełniającego wszystkie wyspecyfikowane parametry.

Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami niniejszego zamówienia i nie wnosimy do nich zastrzeżeń, że zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty oraz że podpiszemy umowę na warunkach określonych we wzorze umowy stanowiącym załącznik do specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

Nadto oświadczam(y), iż świadom(i) jestem(śmy) odpowiedzialności karnej za czyny określone w treści art. 297 § 1 Kodeksu karnego.

**UWAGA! Odbiór dostarczonej aparatury nastąpi wyłącznie na podstawie protokołów obowiązujących w tut. Szpitalu w oparciu o Zarządzenie Dyrektora Szpitala nr 15/2017.**

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

***data****, podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/ych*

*do reprezentowania Wykonawcy*