**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO SIWZ**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**.................................., dnia ...............................**

1. **INFORMACJE O WYKONAWCY**
2. Niniejsza oferta zostaje złożona przez:

…………………………………………………………………………………………………………………

*nazwa Wykonawcy*

………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………..

*adres Wykonawcy (siedziba)*

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

Nr Krajowego Rejestru Sądowego (jeżeli dotyczy) …………………………………...

tel. .............................................................

e-mail ................................................... www .................................................. (jeżeli posiada)

województwo ................................................... powiat ...............................................................

w przypadku oferty wspólnej (Konsorcjum)[[1]](#footnote-1):

Pełnomocnik Konsorcjum: …………………………………………………………………………………

*nazwa Wykonawcy*

………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………..

*adres Wykonawcy (siedziba)*

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

Nr Krajowego Rejestru Sądowego (jeżeli dotyczy) .............................................................

tel. .............................................................

e-mail ................................................... www .................................................. (jeżeli posiada)

województwo ................................................... powiat ...............................................................

Uczestnik Konsorcjum:……………………………………………………………………………………

*nazwa Wykonawcy*

………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………..

*adres Wykonawcy (siedziba)*

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

Nr Krajowego Rejestru Sądowego (jeżeli dotyczy) …………………………………...

tel. .............................................................

e-mail ................................................... www .................................................. (jeżeli posiada)

województwo ................................................... powiat ...............................................................

1. Wszelką korespondencję w sprawie niniejszego postępowania należy kierować na adres:

………………………………………………………………………………………………

*nazwa*

………………………………………………………………………………………………

numer telefonu: ..............................................................................

adres poczty elektronicznej: …………………………………..………………

1. **PRZEDMIOT OFERTY**

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu na **„Zakup wraz z dostawą urządzeń medycznych”**   
– nr postępowania **ZP/3/IX/2020**, my niżej podpisani składamy ofertę w postępowaniu o zamówienie publiczne i:

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia (SIWZ):

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZADANIE 1 - DEFIBRYLATOR TRANSPORTOWY - ilość zestawów 4** | | | | | | | |
| **\*Nazwa urządzenia \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** | | | | | | | |
| **\*Model / Typ / Numer katalogowy \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** | | | | | | | |
| **\*Producent / Kraj pochodzenia \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** | | | | | | | |
| **Rok produkcji \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** | | | | | | | |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Ilość zestawów | Cena jednostkowa netto | Cena jednostkowa brutto | Stawka podatku VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| (szt.) | (w PLN) | (w PLN) | (w %) | (w PLN) | (w PLN) |
| A | B | C | D | E=(DxF)+D | F | G=CxD | H=CxE |
| 1 | Defibrylator transportowy | 4 |  |  |  |  |  |
| 2 | Akcesoria/wyposażenie - VAT 8% | 4 |  |  |  |  |  |
| 3 | Akcesoria/wyposażenie - VAT 23% | 4 |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM** | | | | | | |  |
| **\* Wykonawca jest obowiązany podać we wskazanych miejscach informacje umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanych urządzeń.  W przypadku, gdy Wykonawca nie poda pełnego katalogu wymaganych informacji złożona oferta będzie podlegać odrzuceniu na podstawie art. 89 ust. 1 pkt. 2 uPzp.**  **W przypadku braku akcesoriów/wyposażenia do urządzenia medycznego z 8% lub 23% stawką VAT należy wpisać”0”.** | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZADANIE 2 - APARAT EKG - ilość zestawów 5** | | | | | | | |
| **\*Nazwa urządzenia \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** | | | | | | | |
| **\*Model / Typ / Numer katalogowy \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** | | | | | | | |
| **\*Producent / Kraj pochodzenia \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** | | | | | | | |
| **Rok produkcji \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** | | | | | | | |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Ilość zestawów | Cena jednostkowa netto | Cena jednostkowa brutto | Stawka podatku VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| (szt.) | (w PLN) | (w PLN) | (w %) | (w PLN) | (w PLN) |
| A | B | C | D | E=(DxF)+D | F | G=CxD | H=CxE |
| 1 | Aparat EKG | 5 |  |  |  |  |  |
| 2 | Akcesoria/wyposażenie - VAT 8% | 5 |  |  |  |  |  |
| 3 | Akcesoria/wyposażenie - VAT 23% | 5 |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM** | | | | | | |  |
| **\* Wykonawca jest obowiązany podać we wskazanych miejscach informacje umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanych urządzeń.  W przypadku, gdy Wykonawca nie poda pełnego katalogu wymaganych informacji złożona oferta będzie podlegać odrzuceniu na podstawie art. 89 ust. 1 pkt. 2 uPzp.**  **W przypadku braku akcesoriów/wyposażenia do urządzenia medycznego z 8% lub 23% stawką VAT należy wpisać”0”.** | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **ZADANIE 3 - KARDIOMONITOR STACJONARNO-TRANSPORTOWY - ilość zestawów 18** |
| **\*Nazwa urządzenia \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** |
| **\*Model / Typ / Numer katalogowy \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** |
| **\*Producent / Kraj pochodzenia \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** |
| **Rok produkcji \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Ilość zestawów | Cena jednostkowa netto | Cena jednostkowa brutto | Stawka podatku VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| (szt.) | (w PLN) | (w PLN) | (w %) | (w PLN) | (w PLN) |
| A | B | C | D | E=(DxF)+D | F | G=CxD | H=CxE |
| 1 | Kardiomonitor stacjonarno-transportowy | 18 |  |  |  |  |  |
| 2 | Akcesoria/wyposażenie - VAT 8% | 18 |  |  |  |  |  |
| 3 | Akcesoria/wyposażenie - VAT 23% | 18 |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM** | | | | | | |  |
| **\* Wykonawca jest obowiązany podać we wskazanych miejscach informacje umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanych urządzeń.  W przypadku, gdy Wykonawca nie poda pełnego katalogu wymaganych informacji złożona oferta będzie podlegać odrzuceniu na podstawie art. 89 ust. 1 pkt. 2 uPzp.**  **W przypadku braku akcesoriów/wyposażenia do urządzenia medycznego z 8% lub 23% stawką VAT należy wpisać”0”.** | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZADANIE 4 - KARDIOMONITOR DO STANOWISKA INTENSYWNEJ TERAPII - ilość zestawów 2** | | | | | | | |
| **\*Nazwa urządzenia \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** | | | | | | | |
| **\*Model / Typ / Numer katalogowy \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** | | | | | | | |
| **\*Producent / Kraj pochodzenia \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** | | | | | | | |
| **Rok produkcji \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** | | | | | | | |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Ilość zestawów | Cena jednostkowa netto | Cena jednostkowa brutto | Stawka podatku VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| (szt.) | (w PLN) | (w PLN) | (w %) | (w PLN) | (w PLN) |
| A | B | C | D | E=(DxF)+D | F | G=CxD | H=CxE |
| 1 | Kardiomonitor do stanowiska intensywnej terapii | 2 |  |  |  |  |  |
| 2 | Akcesoria/wyposażenie - VAT 8% | 2 |  |  |  |  |  |
| 3 | Akcesoria/wyposażenie - VAT 23% | 2 |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM** | | | | | | |  |
| **\* Wykonawca jest obowiązany podać we wskazanych miejscach informacje umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanych urządzeń.  W przypadku, gdy Wykonawca nie poda pełnego katalogu wymaganych informacji złożona oferta będzie podlegać odrzuceniu na podstawie art. 89 ust. 1 pkt. 2 uPzp.**  **W przypadku braku akcesoriów/wyposażenia do urządzenia medycznego z 8% lub 23% stawką VAT należy wpisać”0”.** | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZADANIE 5 - POMPA INFUZYJNA - ilość zestawów 35** | | | | | | | |
| **\*Nazwa urządzenia \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** | | | | | | | |
| **\*Model / Typ / Numer katalogowy \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** | | | | | | | |
| **\*Producent / Kraj pochodzenia \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** | | | | | | | |
| **Rok produkcji \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** | | | | | | | |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Ilość zestawów | Cena jednostkowa netto | Cena jednostkowa brutto | Stawka podatku VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| (szt.) | (w PLN) | (w PLN) | (w %) | (w PLN) | (w PLN) |
| A | B | C | D | E=(DxF)+D | F | G=CxD | H=CxE |
| 1 | Pompa infuzyjna | 35 |  |  |  |  |  |
| 2 | Akcesoria/wyposażenie - VAT 8% | 35 |  |  |  |  |  |
| 3 | Akcesoria/wyposażenie - VAT 23% | 35 |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM** | | | | | | |  |
| **\* Wykonawca jest obowiązany podać we wskazanych miejscach informacje umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanych urządzeń.  W przypadku, gdy Wykonawca nie poda pełnego katalogu wymaganych informacji złożona oferta będzie podlegać odrzuceniu na podstawie art. 89 ust. 1 pkt. 2 uPzp.**  **W przypadku braku akcesoriów/wyposażenia do urządzenia medycznego z 8% lub 23% stawką VAT należy wpisać”0”.** | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZADANIE 6 - APARAT RTG MOBILNY PRZYŁÓŻKOWY - ilość zestawów 1** | | | | | | | |
| **\*Nazwa urządzenia \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** | | | | | | | |
| **\*Model / Typ / Numer katalogowy \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** | | | | | | | |
| **\*Producent / Kraj pochodzenia \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** | | | | | | | |
| **Rok produkcji \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** | | | | | | | |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Ilość zestawów | Cena jednostkowa netto | Cena jednostkowa brutto | Stawka podatku VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| (szt.) | (w PLN) | (w PLN) | (w %) | (w PLN) | (w PLN) |
| A | B | C | D | E=(DxF)+D | F | G=CxD | H=CxE |
| 1 | Aparat RTG mobilny przyłóżkowy | 1 |  |  |  |  |  |
| 2 | Akcesoria/wyposażenie - VAT 8% | 1 |  |  |  |  |  |
| 3 | Akcesoria/wyposażenie - VAT 23% | 1 |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM** | | | | | | |  |
| **\* Wykonawca jest obowiązany podać we wskazanych miejscach informacje umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanych urządzeń.  W przypadku, gdy Wykonawca nie poda pełnego katalogu wymaganych informacji złożona oferta będzie podlegać odrzuceniu na podstawie art. 89 ust. 1 pkt. 2 uPzp.**  **W przypadku braku akcesoriów/wyposażenia do urządzenia medycznego z 8% lub 23% stawką VAT należy wpisać”0”.** | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZADANIE 7 - RESPIRATOR TRANSPORTOWY - ilość zestawów 2** | | | | | | | |
| **\*Nazwa urządzenia \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** | | | | | | | |
| **\*Model / Typ / Numer katalogowy \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** | | | | | | | |
| **\*Producent / Kraj pochodzenia \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** | | | | | | | |
| **Rok produkcji \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** | | | | | | | |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Ilość zestawów | Cena jednostkowa netto | Cena jednostkowa brutto | Stawka podatku VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| (szt.) | (w PLN) | (w PLN) | (w %) | (w PLN) | (w PLN) |
| A | B | C | D | E=(DxF)+D | F | G=CxD | H=CxE |
| 1 | Respirator transportowy | 2 |  |  |  |  |  |
| 2 | Akcesoria/wyposażenie - VAT 8% | 2 |  |  |  |  |  |
| 3 | Akcesoria/wyposażenie - VAT 23% | 2 |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM** | | | | | | |  |
| **\* Wykonawca jest obowiązany podać we wskazanych miejscach informacje umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanych urządzeń.  W przypadku, gdy Wykonawca nie poda pełnego katalogu wymaganych informacji złożona oferta będzie podlegać odrzuceniu na podstawie art. 89 ust. 1 pkt. 2 uPzp.**  **W przypadku braku akcesoriów/wyposażenia do urządzenia medycznego z 8% lub 23% stawką VAT należy wpisać”0”.** | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZADANIE 8 - URZĄDZENIE DO KOMPRESJI KLATKI PIERSIOWEJ - ilość zestawów 2** | | | | | | | |
| **\*Nazwa urządzenia \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** | | | | | | | |
| **\*Model / Typ / Numer katalogowy \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** | | | | | | | |
| **\*Producent / Kraj pochodzenia \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** | | | | | | | |
| **Rok produkcji \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** | | | | | | | |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Ilość zestawów | Cena jednostkowa netto | Cena jednostkowa brutto | Stawka podatku VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| (szt.) | (w PLN) | (w PLN) | (w %) | (w PLN) | (w PLN) |
| A | B | C | D | E=(DxF)+D | F | G=CxD | H=CxE |
| 1 | Urządzenie do kompresji klatki piersiowej | 2 |  |  |  |  |  |
| 2 | Akcesoria/wyposażenie - VAT 8% | 2 |  |  |  |  |  |
| 3 | Akcesoria/wyposażenie - VAT 23% | 2 |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM** | | | | | | |  |
| **\* Wykonawca jest obowiązany podać we wskazanych miejscach informacje umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanych urządzeń.  W przypadku, gdy Wykonawca nie poda pełnego katalogu wymaganych informacji złożona oferta będzie podlegać odrzuceniu na podstawie art. 89 ust. 1 pkt. 2 uPzp.**  **W przypadku braku akcesoriów/wyposażenia do urządzenia medycznego z 8% lub 23% stawką VAT należy wpisać”0”.** | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZADANIE 9 - APARAT USG PRZENOŚNY - ilość zestawów 2** | | | | | | | |
| **\*Nazwa urządzenia \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** | | | | | | | |
| **\*Model / Typ / Numer katalogowy \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** | | | | | | | |
| **\*Producent / Kraj pochodzenia \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** | | | | | | | |
| **Rok produkcji \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** | | | | | | | |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Ilość zestawów | Cena jednostkowa netto | Cena jednostkowa brutto | Stawka podatku VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| (szt.) | (w PLN) | (w PLN) | (w %) | (w PLN) | (w PLN) |
| A | B | C | D | E=(DxF)+D | F | G=CxD | H=CxE |
| 1 | Aparat USG przenośny | 2 |  |  |  |  |  |
| 2 | Akcesoria/wyposażenie - VAT 8% | 2 |  |  |  |  |  |
| 3 | Akcesoria/wyposażenie - VAT 23% | 2 |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM** | | | | | | |  |
| **\* Wykonawca jest obowiązany podać we wskazanych miejscach informacje umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanych urządzeń.  W przypadku, gdy Wykonawca nie poda pełnego katalogu wymaganych informacji złożona oferta będzie podlegać odrzuceniu na podstawie art. 89 ust. 1 pkt. 2 uPzp.**  **W przypadku braku akcesoriów/wyposażenia do urządzenia medycznego z 8% lub 23% stawką VAT należy wpisać”0”.** | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZADANIE 10 - APARAT USG STACJONARNY - ilość zestawów 1** | | | | | | | |
| **\*Nazwa urządzenia \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** | | | | | | | |
| **\*Model / Typ / Numer katalogowy \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** | | | | | | | |
| **\*Producent / Kraj pochodzenia \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** | | | | | | | |
| **Rok produkcji \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** | | | | | | | |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Ilość zestawów | Cena jednostkowa netto | Cena jednostkowa brutto | Stawka podatku VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| (szt.) | (w PLN) | (w PLN) | (w %) | (w PLN) | (w PLN) |
| A | B | C | D | E=(DxF)+D | F | G=CxD | H=CxE |
| 1 | Aparat USG stacjonarny | 1 |  |  |  |  |  |
| 2 | Akcesoria/wyposażenie - VAT 8% | 1 |  |  |  |  |  |
| 3 | Akcesoria/wyposażenie - VAT 23% | 1 |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM** | | | | | | |  |
| **\* Wykonawca jest obowiązany podać we wskazanych miejscach informacje umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanych urządzeń.  W przypadku, gdy Wykonawca nie poda pełnego katalogu wymaganych informacji złożona oferta będzie podlegać odrzuceniu na podstawie art. 89 ust. 1 pkt. 2 uPzp.**  **W przypadku braku akcesoriów/wyposażenia do urządzenia medycznego z 8% lub 23% stawką VAT należy wpisać”0”.** | | | | | | | |

Cena w przypadku Wykonawców nie mających siedziby lub miejsca zamieszkania i nie będących czynnym płatnikiem podatku VAT na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jest ceną netto, (nie uwzględniającą podatku od towarów i usług obowiązującego w Polsce). W takim przypadku Wykonawca wpisuje cenę   
i wartość brutto równą cenie i wartości netto (nie uwzględniającą podatku od towarów i usług obowiązującego w Polsce).

1. Oświadczamy, że cena oferty obejmuje wszystkie nasze zobowiązania finansowe i koszty konieczne do wykonania **całości przedmiotu zamówienia**.
2. Oświadczamy, że zobowiązujemy się do wykonywania przedmiotu zamówienia w terminie określonym w SIWZ.
3. Oświadczamy, że[[2]](#footnote-2):

* wybór naszej oferty nie będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego
* wybór naszej oferty prowadził będzie do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego:

................................................................................................................................................

*nazwa (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego, wartość bez kwoty podatku.*

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia (wraz   
   z załącznikami stanowiącymi jej integralną cześć, w tym w szczególności opis przedmiotu zamówienia) oraz wyjaśnieniami i zmianami SIWZ przekazanymi przez Zamawiającego   
   i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami i zasadami postępowania.
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z Istotnymi postanowieniami umowy, które stanowi załącznik nr 3 do SIWZ i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy na określonych w tym załączniku warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
3. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO [[3]](#footnote-3) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.[[4]](#footnote-4)

Jednocześnie przyjmujemy do wiadomości, że szczegółowe informacje dotyczące RODO znajdują się na stronie internetowej Zamawiającego pod adresem: <https://www.lpr.com.pl/pl/rodo/>

1. Osoby uprawnione do kontaktowania się w sprawach wykonania przedmiotu umowy ze strony Wykonawcy: p. ……………………….., tel. ……………………., e-mail ………………………. .
2. Oświadczamy, że powierzymy podwykonawcom część zamówienia:

|  |  |
| --- | --- |
| **Część zamówienia** | **Nazwa (firma) podwykonawcy** |
|  |  |
|  |  |

1. Uważamysię za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, czyli przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.
2. Wadium zostało wniesione w formie ………………………………………………..…..
3. Prosimy o zwrot wadium (wniesionego w pieniądzu), na zasadach określonych w art. 46 uPzp, na następujący rachunek bankowy ………………..………….………………………..……………[[5]](#footnote-5)
4. Oświadczamy, że na podstawie art. 8 ust. 3 uPzp[[6]](#footnote-6):

* żadne z informacji zawartych w ofercie oraz załączonych do niej dokumentach, nie stanowią tajemnicy przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji,
* wskazane poniżej informacje zawarte w ofercie oraz załączonych do niej dokumentach, stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i w związku z niniejszym nie mogą być one udostępniane, w szczególności innym uczestnikom postępowania.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Oznaczenie rodzaju (nazwy) informacji** | **Strony w ofercie**  (wyrażone cyfrą) | |
| **od** | **do** |
|  |  |  |  |

Uwaga! W przypadku braku wykazania (złożenia właściwego uzasadnienia w terminie składania ofert), iż zastrzeżone dane stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa, Zamawiający uzna, iż nie została spełniona przesłanka podjęcia niezbędnych działań w celu zachowania ich poufności i dane te staną się jawne od momentu otwarcia ofert.

1. Niniejszym potwierdzam załączenie do oferty następujących dokumentów:

(*numerowany wykaz załączników wraz z tytułami)*

1. .................................................................................................. *Załącznik nr* ............
2. .................................................................................................. *Załącznik nr* ............
3. .................................................................................................. *Załącznik nr* ............

***Dokument powinien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez osoby upoważnione do reprezentowania Wykonawcy.***

**ZAŁĄCZNIK NR 4 DO SIWZ**

**Zamawiający:**

**Lotnicze Pogotowie Ratunkowe**

ul. Księżycowa 5, 01-934 Warszawa

**WYKONAWCA:**

.......................................................................................................................................................

*(Firma, adres)*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Zakup wraz z dostawą urządzeń medycznych”** (nr postępowania **ZP/3/IX/2020**) prowadzonego przez Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, oświadczamy, że wobec podmiotu, który reprezentujemy:

** nie wydano** prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej   
o zaleganiu z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne.

** wydano** prawomocny wyrok sądu lub ostateczną decyzję administracyjną o zaleganiu   
z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne.[[7]](#footnote-7)

…………………. *(miejscowość),* dnia ………….……. ………….………...…………

*Podpis (y) Wykonawcy (ów)   
lub upoważnionego(ych) przedstawiciela(li) Wykonawcy(ów)*

**ZAŁĄCZNIK NR 5 DO SIWZ**

**Zamawiający**

**Lotnicze Pogotowie Ratunkowe**

ul. Księżycowa 5, 01-934 Warszawa

**WYKONAWCA**

.......................................................................................................................................................

*(Firma, adres)*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Zakup wraz z dostawą urządzeń medycznych”** (nr postępowania **ZP/3/IX/2020**), prowadzonego przez Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, oświadczamy, że wobec podmiotu, który reprezentujemy, **nie orzeczono/orzeczono[[8]](#footnote-8)** tytułem środka zapobiegawczego zakazu/zakaz ubiegania się o zamówienia publiczne.

………….…. *(miejscowość),* dnia ………….……. ………...…………………

*Podpis (y) Wykonawcy (ów)   
lub upoważnionego(ych) przedstawiciela(li) Wykonawcy(ów)*

**ZAŁĄCZNIK NR 6 DO SIWZ**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**SKŁADANE NA PODSTAWIE ART. 24 UST. 11 uPZP**

**DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI LUB BRAKU DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ**

…………………………………………………………………………………………………...

*(pełna nazwa i adres Wykonawcy)*

Na podstawie art. 24 ust. 11 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych oświadczam, że: **należę / nie należę[[9]](#footnote-9)** do tej samej grupy kapitałowej co inni Wykonawcy, którzy złożyli odrębne oferty, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji   
i konsumentów (Dz. U. z 2017 r. poz. 229 z późn. zm.), w postępowaniu pn. **„Zakup wraz z dostawą urządzeń medycznych”** – nr postępowania **ZP/3/IX/2020**.

…………………….., dnia …………………. ………………………………………..

Podpis (y) Wykonawcy (ów) lub upoważnionego(ych) przedstawiciela(li) Wykonawcy(ów)

W przypadku, gdy Wykonawca **należy** do tej samej grupy kapitałowej co inni Wykonawcy którzy złożyli odrębne oferty w przedmiotowym postępowaniu wraz ze złożeniem oświadczenia, Wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z innym Wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.

*Uwaga:*

*W przypadku złożenia oferty przez podmioty występujące wspólnie, wymagane oświadczenie winno być złożone przez każdy podmiot.*

**ZAŁĄCZNIK NR 7 DO SIWZ**

**WZÓR**

**WYKAZ DOSTAW**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia (precyzyjny opis wykonanej dostawy, który wskazuje jednoznacznie na spełnianie warunków udziału  w postępowaniu określonego w § 9 ust. 1 pkt 3 SIWZ)**  **Zamawiający uzna tylko dostawy prawidłowo opisane** | **Wartość wykonanej dostawy  w zł (brutto)** | **Data wykonania zamówienia** | | **Nazwa i adres odbiorcy-Zleceniodawcy** |
| **początek (data)** | **zakończenie (data)** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | | ***5*** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |

Wykonawca zobowiązany jest załączyć dowody określające czy wskazane dostawy zostały wykonane należycie.

Oświadczam/y że:

poz. …….……. wykazu stanowi zdolność techniczną lub zawodową Wykonawcy składającego ofertę,

poz. …………. wykazu jest zdolnością techniczną lub zawodową oddaną do dyspozycji przez inny/inne podmiot/y.

….................................... dn. ........................ ...............................................................

Podpis (y) Wykonawcy (ów) lub upoważnionego(ych) przedstawiciela(li) Wykonawcy

1. *Należy podać nazwy i adresy wszystkich Wykonawców wskazując również Pełnomocnika* [↑](#footnote-ref-1)
2. *Odpowiednie zaznaczyć* [↑](#footnote-ref-2)
3. *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).* [↑](#footnote-ref-3)
4. *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).* [↑](#footnote-ref-4)
5. *Jeżeli dotyczy* [↑](#footnote-ref-5)
6. *Niepotrzebne skreślić* [↑](#footnote-ref-6)
7. Odpowiednie zaznaczyć [↑](#footnote-ref-7)
8. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-8)
9. *niepotrzebne skreślić* [↑](#footnote-ref-9)