Załącznik nr 2 – wzór formularza oferty

**OFERTA**

**DLA SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ**

**PRZYCHODNIA MIEJSKA W PIESZYCACH SKŁADANA W POSTĘPOWANIU O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA**

*Zakup wyposażenia sali zabiegowej na potrzeby SP ZOZ Przychodnia Miejska w Pieszycach - aparat elektrochirurgiczny z koagulacją argonową (diatermia).*

1. **WYKONAWCA**  - należy podać:

NAZWĘ WYKONAWCY:

NIP/PESEL:

REGON:

ADRES:

WOJEWÓDZTWO:

TEL.:

E-MAIL:

adres do korespondencji jeżeli inny niż podany wyżej:………………………………………………………

Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem[[1]](#footnote-1)**:**

**☐** **TAK**  **☐ NIE**

1. Przedkładając ofertę oświadczam / y, że znany jest mi / nam zakres przedmiotu zamówienia, zrealizuję / zrealizujemy zamówienie zgodnie z wszystkimi warunkami zawartymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia oraz akceptuje / my w wszystkie warunki zawarte w dokumentacji przetargowej jako wyłączną podstawę postępowania o udzielenie zamówienia publicznego oraz oferuję / my:
2. wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę ryczałtową brutto .................................złotych (słownie:.....................................................................................................................................) zawierająca w sobie podatek VAT w wysokości ..... %, co stanowi kwotę ................................PLN (słownie ...................................................................................... PLN) kwota netto: ……………………………………………………………………………………………….……………………PLN
3. urządzenie:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane ogólne – Diatermia** | | |
| **Pełna nazwa aparatu:** | *Podać* |  |
| **Producent:** | *Podać* |  |
| **Kraj pochodzenia:** | *Podać* |  |
| **Rok produkcji** | *Podać* |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia** | **Wpisać TAK jeżeli oferowane urządzenie spełnia warunek / parametr.** |
| **1.** | **Ogólne** |  |
| **1.1** | Zasilanie elektryczne urządzenia: 230V 50Hz. |  |
| **1.2** | Podstawowa częstotliwość pracy generatora 333kHz +/-10% |  |
| **1.3** | Aparat z zabezpieczeniem przed impulsem defibrylacji. |  |
| **1.4** | Zabezpieczenie przeciwporażeniowe klasa I CF. |  |
| **1.5** | Zabezpieczenie przed przeciążeniem aparatu z aktywnym pomiarem temperatury kluczowych elementów. |  |
| **1.6** | Automatyczny test urządzenia po uruchomieniu. |  |
| **1.7** | Aparat z wewnętrznym modułem argonowym (jedno urządzenie), bez dodatkowych przystawek. Obsługa wszystkich dostępnych trybów pracy z jednego panelu sterowania. |  |
| **1.8** | Wewnętrzny układ symulujący podłączenie pacjenta, który każdorazowo po włączeniu aparatu testuje kalibrację toru mocy, gwarantując prawidłowy dobór mocy podczas zabiegu. |  |
| **1.9** | Komunikacja z urządzeniem za pomocą ekranu dotykowego. |  |
| **1.10** | Czytelny kolorowy, ciekłokrystaliczny wyświetlacz parametrów pracy nie mniejszy niż 7” |  |
| **1.11** | Możliwość regulacji jasności ekranu w minimum dziesięciostopniowej skali. |  |
| **1.12** | Komunikacja w języku polskim. |  |
| **1.13** | System kontroli aplikacji elektrody neutralnej dwudzielnej. Stała kontrola aplikacji elektrody podczas trwania całego zabiegu. Wyświetlacz poprawnego podłączenia elektrody neutralnej. |  |
| **1.14** | Zła aplikacja elektrody neutralnej dwudzielnej sygnalizowana alarmem oraz komunikatem na ekranie. |  |
| **1.15** | Aparat wyposażony w system rozpoznawania podłączonych narzędzi. Automatyczne przywoływanie trybów pracy i nastaw dla podłączonego narzędzia. |  |
| **1.16** | Urządzenie wyposażone w 2 niezależne gniazda z rozpoznawaniem podłączonych instrumentów. |  |
| **1.17** | Złącze argonowe zintegrowane w jednym z gniazd urządzenia. |  |
| **1.18** | Możliwość regulacji głośności sygnałów aktywacji min. 5 poziomów (bez możliwości całkowitego wyciszenia). |  |
| **1.19** | Widok aktualnie aktywowanego trybu pracy na ekranie głównym aparatu. |  |
| **1.20** | Sygnalizacja akustyczna aktywowanego trybu pracy. |  |
| **1.21** | Aktywacja funkcji monopolarnych włącznikiem nożnym lub z uchwytu elektrody czynnej |  |
| **1.22** | Wizualna i akustyczna sygnalizacja nieprawidłowego działania urządzenia. Informacja o niesprawności w formie komunikatu z opisem, wyświetlanym na ekranie urządzenia. |  |
| **1.23** | Urządzenie umożliwiające pracę z bezprzewodowym (radiowym) włącznikiem nożnym |  |
| **1.24** | Aparat na wózku wyposażonym w platformę jezdną z blokadą kół, z zamykaną szafką na butlę argonową (5L / 10L) oraz koszykiem na akcesoria. |  |
| **1.25** | Instrukcja w języku polskim. |  |
| **2.** | **PARAMETRY PRACY URZĄDZENIA** |  |
| **2.1** | Aparat wyposażony w system automatycznego doboru mocy wyjściowej cięcia i koagulacji w zależności od parametrów tkanki, szybkości cięcia oraz elektrody. |  |
| **2.2** | Monitor mocy informujący o mocy średniej i szczytowej podczas procesu cięcia |  |
| **2.3** | Automatyczna regulacja mocy wyjściowej cięcia endoskopowego w zakresie do min. 400W. |  |
| **2.4** | Minimum 8 efektów w każdym z dostępnych trybów cięcia i koagulacji monopolarnej. |  |
| **2.5** | Minimum 4 tryby cięcia, w tym tryby do zabiegów polipektomii, papillotomii oraz mukozektomii oraz cięcie artroskopowe mono- i bipolarne umożliwiające pracę w środowisku płynu. |  |
| **2.6** | Automatyczna regulacja mocy wyjściowej koagulacji monopolarnej endoskopowej w zakresie do min. 40W. |  |
| **2.7** | Automatyczna regulacja mocy wyjściowej koagulacji monopolarnej kontaktowej w zakresie do min.200W. |  |
| **2.8** | Minimum 6 rodzajów koagulacji monopolarnej, w tym koagulacja typu spray, koagulacja specjalistyczna endoskopowa, dwa rodzaje koagulacji argonowej |  |
| **2.9** | Minimum 8 efektów koagulacji dostępnych dla każdego rodzaju koagulacji monopolarnej kontaktowej |  |
| **2.10** | Koagulacja plazmą argonową z mocą do 40 W dla zabiegów endoskopowych i 80 W dla chirurgii otwartej |  |
| **2.11** | Koagulacja bipolarna z automatyczną regulacją mocy wyjściowej w zakresie do min.200W.i 60 W dla zabiegów endoskopowych. |  |
| **2.12** | Minimum 3 rodzaje koagulacji bipolarnej, w tym tryb specjalistyczny przeznaczony do zabiegów artroskopowych |  |
| **2.13** | Automatyczne rozpoznawanie podłączonych narzędzi wraz z automatycznym przywołaniem trybów pracy i nastaw właściwych dla podłączonego instrumentu. |  |
| **2.14** | Informacja o podłączonym instrumencie widoczna na aktywnym panelu sterowania. |  |
| **2.15** | Informacja na wyświetlaczu o wartości nastawionego przepływu argonu dla plazmy argonowej. |  |
| **2.16** | Regulacja przepływu argonu w zakresie od min. 0,5 do 3,0 l/min. z krokiem co 0,1 l/min dla zabiegów endoskopowych i od 0,5 do 9,9 w chirurgii otwartej |  |
| **2.17** | Funkcja napełnienia instrumentów argonem przed aktywacją plazmy argonowej. |  |
| **2.18** | Funkcja zabezpieczająca przed aktywacją plazmy argonowej przed wypełnieniem przewodów argonem |  |
| **3.** | **WYPOSAŻENIE** |  |
| **3.1** | Wózek wyposażony w cztery kółka, z rączką , z zamykaną szafką na butlę argonową 5 lub 10-litrową. Wyposażony koszyk na akcesoria. |  |
| **3.2** | Włącznik nożny 2-przyciskowy bezprzewodowy -1 szt. |  |
| **3.3** | Elektrody neutralne jednorazowego użytku, dwudzielne, hydrożelowe z systemem rozprowadzającym prąd równomiernie na całej powierzchni elektrody, nie wymagające aplikacji w określonym kierunku w stosunku do pola operacyjnego, kompatybilne z system monitorowania aplikacji elektrody neutralnej - 50 szt. |  |
| **3.4** | Kabel elektrod jednorazowych dł. 3m – 1 szt. |  |
| **3.5** | Wielorazowy kabel do podłączenia elektrody argonowej giętkiej dł. min. 3m, kompatybilny z systemem rozpoznawania narzędzi – 1 szt. |  |
| **3.6** | Wielorazowa elektroda argonowa giętka, długość 2.2m, średnica 2.3mm, w komplecie z adapterem do czyszczenia 2 szt. |  |
| **3.7** | Reduktor argonowy z pomiarem ciśnienia– 1szt. |  |
| **3.8** | Wielorazowy kabel do podłączenia pętli do polipektomii dł. min. 3m, kompatybilny z systemem rozpoznawania narzędzi – 1 szt. |  |
| **3.9** | Elektroda bipolarna, klawiszowa, zagięta 90°, 1,5 x 4mm, dł. 115mm z kablem 3m, kompatybilny z systemem rozpoznawania narzędzi – 1 szt. |  |
| **3.10** | Elektroda bipolarna do waporyzacji -Phazer, wypukła, zagięcie 70°, śr. kulki 2,4 mm, dł. 170mm z kablem 3m, kompatybilny z systemem rozpoznawania narzędzi – 1 szt. |  |
| **3.11** | Elektroda neutralna silikonowa, wielorazowa, dla dorosłych, 30x17cm, kabel dł. min 4m, wtyk płaski- 1 szt. |  |
| **3.12** | Pojemnik do sterylizacji elektrod z koszykiem |  |
| **4** | **SERWIS I GWARANCJA** |  |
| **4.1** | Gwarancja na aparat: | ………….. m-c |
| **4.2** | Odpowiedź serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancyjnym: | ………….. h |
| **4.3** | W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 3 dni – urządzenie zastępcze o zbliżonych parametrach i funkcjonalności |  |
| **4.4** | Gwarancja sprzedaży części zamiennych i dostępności serwisu pogwarancyjnego – min. 10 lat |  |
| **4.5** | Instalacja urządzenia w miejscu wskazanym przez Zamawiającego |  |
| **4.6** | Bezpłatne szkolenie użytkowników poświadczone certyfikatem |  |

1. Oświadczam / y, że zapoznałem / zapoznaliśmy się ze SIWZ wraz z wprowadzonymi do niej zmianami (w przypadku wprowadzenia ich przez Zamawiającego), nie wnoszę / wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyłem / zdobyliśmy konieczne informacje, potrzebne do właściwego przygotowania oferty.
2. Oświadczam / y, że spełniamy wszystkie wymagania zawarte w SIWZ.
3. Oświadczam / y, że zawarty w SIWZ projekt umowy stanowiący załącznik nr 5 do SIWZ akceptuje / my bez zastrzeżeń i zobowiązuję / my się w przypadku wyboru mojej / naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Oświadczam / y, że uważam / y się za związanych z niniejszą ofertą na czas wskazany w SIWZ tzn. przez 60 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Wyrażam / y zgodę na warunki płatności podane we wzorze umowy stanowiącym załącznik nr 5 do SIWZ oraz zobowiązuję / my się zrealizować zamówienie w terminie określonym w SIWZ i niniejszym załączniku do SIWZ.
6. Oświadczam / y, że załączone do oferty dokumenty opisują stan faktyczny i prawny aktualny na dzień otwarcia ofert.
7. Osoba/y wyznaczona/e do współpracy z Zamawiającym przy realizacji umowy (tel., fax, e-mail):

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

1. Jako załączniki będące integralną częścią oferty, a wynikające ze SIWZ, załączam / y wszystkie wymagane dokumenty i oświadczenia:
2. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………;
3. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………..;

Ofertę sporządzono dnia ..........................

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

*Podpis czytelny (lub nieczytelny wraz z pieczątką imienną) osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo*

1. Wybrać właściwe, poprzez zaznaczenie odpowiedniego pola symbolem X;

   Zgodnie z art. 105 i 106 ustawy z dnia 2 lipca 2004 o swobodzie działalności gospodarczej za małego i średniego przedsiębiorcę

   uważa się:

   Art. 105. Za małego przedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych:

   1) zatrudniał średniorocznie mniej niż 50 pracowników oraz

   2) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 10 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 10 milionów euro.

   Art. 106. Za średniego przedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych:

   1) zatrudniał średniorocznie mniej niż 250 pracowników oraz

   2) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 50 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 43 milionów euro. [↑](#footnote-ref-1)