

Nr sprawy BZP.38.383-3.20

### Formularz oferty

Postępowania o udzielenie zamówienia o wartości nie przekraczającej wyrażonej w złotych równowartości kwoty 30 000 euro, na podstawie art. 4 pkt 8 Ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych - procedura udzielenie zamówienia równej lub przekraczającej kwoty 3 000 euro do 30 000 euro, zgodnie z § 22 Regulaminu.

#### Część A:

Na wykonanie dostaw/usług/robót budowlanych poniżej 30 000 euro.

#### I. NAZWA I ADRES ZAMAWIAJACEGO

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2  
Al. Jana Pawła II 7, 44-330 Jastrzębie - Zdrój  
REGON: 272790824, NIP: 633-10-45-778, KRS 0000048508

#### II. NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:

1. Zamawiający zaprasza do złożenia oferty na zamówienie pn: „Dostawa wyposażenia w sprzęt medyczny w ramach realizacji projektu „Drugi Dom” - utworzenie miejsc krótkookresowego całodobowego pobytu dla osób niesamodzielnych w zastępstwie za opiekunów faktycznych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 2 w Jastrzębiu- Zdroju.

Przedmiot zamówienia został podzielony na 20 pakietów (części), tj.:

- Pakiet nr 1 Stolik zabiegowy
- Pakiet nr 2 Wózek transportowo - kąpielowy
- Pakiet nr 3 Balkonik rehabilitacyjny
- Pakiet nr 4 Inhalator
- Pakiet nr 5 Ciśnieniomierz
- Pakiet nr 6 Ssak elektryczny
- Pakiet nr 7 Termometr bezdotykowy
- Pakiet nr 8 Wózek inwalidzki
- Pakiet nr 9 Łatwoślizgi
- Pakiet nr 10 Lampa na podczerwień
- Pakiet nr 11 Lampa do terapii światłem
- Pakiet nr 12 Łóżko szpitalne
- Pakiet nr 13 Materac szpitalny
- Pakiet nr 14 Szafka przyłóżkowa
- Pakiet nr 15 Szafa medyczna
- Pakiet nr 16 Parawan
- Pakiet nr 17 Materac przeciwoodleżynowy
- Pakiet nr 18 Kozetka lekarska
- Pakiet nr 19 Wózek do przewożenia posiłków
- Pakiet nr 20 Taboret kąpielowy

2. Dokładny opis przedmiotu zamówienia zawarty jest w Załączniku nr 2 do Formularza oferty:

Formularz asortymentowo-cenowy.

3. Wspólny Słownik Zamówień (CPV):

- 33192000-2 - Meble medyczne;
- 33100000-1 - Urządzenia medyczne.

#### III. TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA:

Wymagany termin dostawy przedmiotu zamówienia:

- od dnia podpisania umowy do 25 marca 2020 r.

#### IV. WARUNKI PŁATNOŚCI

Należność za dostarczony przedmiot umowy płatna będzie zgodnie z prawidłowo wystawioną fakturą w terminie **30 dni** od dnia doręczenia faktury w wersji papierowej do siedziby Zamawiającego lub elektronicznej na adres e-mail: [szpital@wss2.pl](mailto:szpital@wss2.pl), po uprzednim dostarczeniu przedmiotu umowy. Jako dzień zapłaty przyjmuje się datę obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.

#### V. INNE WYMAGANIA: (jeżeli dotyczy)

Gwarancja dla wykonanej dostawy wynosić będzie: minimum 24 miesiące od dnia podpisania bezusterkowego protokołu odbioru końcowego przedmiotu umowy. Zamawiający zastrzega, że okres ten nie może być dłuższy niż 36 miesięcy od dnia podpisania bezusterkowego protokołu odbioru końcowego przedmiotu umowy<sup>1</sup>.

#### VI. OPIS SPOSOBU ZŁOŻENIA OFERTY:

1. Ofertę na **Formularzu oferty** należy złożyć w terminie do dnia **31.01.2020 r. do godz. 10:00:**

- pisemnie, na adres Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2, Al. Jana Pawła II 7, 44-330 Jastrzębie - Zdrój, I p, Sekretariat (koperta zaklejona, opisana: Procedura do 30.000 euro **BZP.38.383-3.20**)- **nie otwierać przed 31.01.2020 r.)** lub
- faksem z podpisem Wykonawcy (oferta nie podpisana zostanie odrzucona) na numer 032 47 84 549 lub
- w wersji elektronicznej z podpisem Wykonawcy (oferta nie podpisana zostanie odrzucona) e-mail: [zp@wss2.pl](mailto:zp@wss2.pl).

2. Cena w niej podana ma być wyrażona cyfrowo i słownie;

3. Winna być napisana w języku polskim, czytelnie;

4. Winna obejmować całość zamówienia.

#### VII. OPIS WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU:

Wykonawca winien zapoznać się z opisem przedmiotu zamówienia i wzorem umowy.

#### VIII. OFERTA MA ZAWIERAĆ NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY I ELEMENTY:

1. Część A i wypełnioną część B Formularza oferty.
2. Aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji (kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem przez osobę uprawnioną do reprezentowania Wykonawcy).
3. Dokument określający zasady reprezentacji oraz osoby uprawnione do reprezentacji Wykonawcy (jeżeli nie wynikają one z innych dokumentów załączonych przez Wykonawcę do oferty), a jeżeli Wykonawcę reprezentuje pełnomocnik - także pełnomocnictwo, określające zakres umocowania podpisane przez osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy

#### IX. OPIS SPOSOBU OBLICZENIA CENY W SKŁADANEJ PROPOZYCJI CENOWEJ:

1. W cenie oferty winny zawierać się wszystkie koszty niezbędne do prawidłowego wykonania Zamówienia.
2. W Formularzu oferty należy podać cenę oferty: wartość netto i wartość brutto.

#### X. KRYTERIUM OCENY OFERT:

1. Cena - 60%,
2. Gwarancja - 40%
3. Zamawiający będzie oceniał oferty według następujących kryteriów:

---

<sup>1</sup>Okres gwarancji zależeć będzie od deklaracji Wykonawcy złożonej w Formularzu asortymentowo-cenowym.

Cena brutto:

$$\text{Wartość punktowa ceny} = \frac{C_{\min}}{C_{\text{bad}}} \times 100 \times 60\%$$

gdzie:  $C_{\text{bad}}$  - cena brutto podana w badanej ofercie  
 $C_{\min}$  - najniższa cena brutto spośród wszystkich ofert

**W powyższym kryterium oferta Wykonawcy może uzyskać maksymalnie 60 punktów.**

4. Punkty za kryterium „Gwarancja (G)” zostaną obliczone na podstawie okresu (w miesiącach) podanego przez Wykonawcę w **Formularzu asortymentowo - cenowym - Załącznik nr 2 do Formularza oferty**, według niżej przedstawionego wzoru:

Wzór	
$\text{Wartość punktowa okresu gwarancji} = \frac{G_n}{G_{\max}} \times 40 \times 100\%$	
gdzie:	
$G_n$ - oferowany przez Wykonawcę okres gwarancyjny	
$G_{\max}$ - najwyższa zaoferowana ilość miesięcy gwarancji spośród wszystkich podlegających ocenie ofert	

**W powyższym kryterium oferta Wykonawcy może uzyskać maksymalnie 40 punktów.**

**Uwaga:**

- **minimalny okres gwarancji wynosi 24 miesiące** licząc od dnia podpisania bez zastrzeżeń przez Zamawiającego protokołu odbioru przedmiotu zamówienia, natomiast **maksymalny 36 miesięcy**.
  - Jeśli Wykonawca poda okres gwarancji w latach, Zamawiający przeliczy go zgodnie z zasadą: 1 rok = 12 miesięcy.
  - W przypadku podania przez Wykonawcę krótszego lub dłuższego (niż wymagany) okresu gwarancji lub nie podanie (nie wpisanie) okresu gwarancji w **Formularzu asortymentowo-cenowym**, Wykonawca zobowiązuje się do udzielenia gwarancji na minimalny określony w Formularzu asortymentowo-cenowym okresu wynoszącego 24 miesiące.
5. Punkty wyliczone w każdym z w/w kryteriów zostaną zsumowane. W ten sposób Zamawiający uzyska ocenę końcową. Spośród ofert niepodlegających odrzuceniu Zamawiający wybierze ofertę o najwyższej wartości oceny końcowej. Wynik przedstawiony zostanie w punktach. Obliczenia będą prowadzone z dokładnością do 2 miejsc po przecinku.

$$D = C + G$$

D - suma przyznanych punktów ze składowych będących częściowymi kryteriami oceny ofert.

**Łącznie oferta najkorzystniejsza może uzyskać maksymalnie 100 pkt.**

#### XI. OSOBAMI WYZNACZONYMI DO KONTAKTU W SPRAWACH:

a) merytorycznych są:

- ze strony Zamawiającego: Mariola Lech - Wasiak - Pełnomocnik ds. promocji i projektów pomocowych (32 47 84 508),

b) formalno - prawnych:

- ze strony Zamawiającego: Marta Bajor - Specjalista ds. Zamówień Publicznych (32 47 84 548),

#### XII. ZAŁĄCZNIKI:

Załącznik nr 1 - Wzór umowy,

Załącznik nr 2 - Formularz asortymentowo-cenowy



**Część B:**

**I NAZWA I ADRES WYKONAWCY:**

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

NIP ..... Regon .....

e-mail:..... Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

.....

**II. OFERUJĘ WYKONANIE NIŻEJ WYMIENIONEGO PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA ZA CENĘ:**

Pakiet nr 1 Stolik zabiegowy

Netto: ..... zł / słownie: .....

Brutto: ..... zł / słownie: .....

Pakiet nr 2 Wózek transportowo - kąpielowy

Netto: ..... zł / słownie: .....

Brutto: ..... zł / słownie: .....

Pakiet nr 3 Balkonik rehabilitacyjny

Netto: ..... zł / słownie: .....

Brutto: ..... zł / słownie: .....

Pakiet nr 4 Inhalator

Netto: ..... zł / słownie: .....

Brutto: ..... zł / słownie: .....

Pakiet nr 5 Ciśnieniomierz

Netto: ..... zł / słownie: .....

Brutto: ..... zł / słownie: .....

Pakiet nr 6 Ssak elektryczny

Netto: ..... zł / słownie: .....

Brutto: ..... zł / słownie: .....

Pakiet nr 7 Termometr bezdotkowy

Netto: ..... zł / słownie: .....

Brutto: ..... zł / słownie: .....

Pakiet nr 8 Wózek inwalidzki

Netto: ..... zł / słownie: .....

Brutto: ..... zł / słownie: .....

Pakiet nr 9 Łatwoślizgi

Netto: ..... zł / słownie: .....

Brutto: ..... zł / słownie: .....

Pakiet nr 10 Lampa na podczerwień

Netto: ..... zł / słownie: .....

Brutto: ..... zł / słownie: .....

Pakiet nr 11 Lampa do terapii światłem

Netto: ..... zł / słownie: ...../

Brutto: ..... zł /słownie: ...../

Pakiet nr 12 Łóżko szpitalne

Netto: ..... zł / słownie: ...../

Brutto: ..... zł /słownie: ...../

Pakiet nr 13 Materac szpitalny

Netto: ..... zł / słownie: ...../

Brutto: ..... zł /słownie: ...../

Pakiet nr 14 Szafka przyłóżkowa

Netto: ..... zł / słownie: ...../

Brutto: ..... zł /słownie: ...../

Pakiet nr 15 Szafa medyczna

Netto: ..... zł / słownie: ...../

Brutto: ..... zł /słownie: ...../

Pakiet nr 16 Parawan

Netto: ..... zł / słownie: ...../

Brutto: ..... zł /słownie: ...../

Pakiet nr 17 Materac przeciwoodleżynowy

Netto: ..... zł / słownie: ...../

Brutto: ..... zł /słownie: ...../

Pakiet nr 18 Kozetka lekarska

Netto: ..... zł / słownie: ...../

Brutto: ..... zł /słownie: ...../

Pakiet nr 19 Wózek do przewożenia posiłków

Netto: ..... zł / słownie: ...../

Brutto: ..... zł /słownie: ...../

Pakiet nr 20 Taboret kąpielowy

Netto: ..... zł / słownie: ...../

Brutto: ..... zł /słownie: ...../

Należność za dostarczony przedmiot umowy płatna będzie zgodnie z prawidłowo wystawioną fakturą w terminie **30 dni** od dnia doręczenia faktury w wersji papierowej do siedziby Zamawiającego lub elektronicznej na adres e-mail: [szpital@wss2.pl](mailto:szpital@wss2.pl), po uprzednim dostarczeniu przedmiotu umowy. Jako dzień zapłaty przyjmuje się datę obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.

### III. OSOBAMI WYZNACZONYMI DO KONTAKTU ZE STRONY WYKONAWCY SĄ:

1. ....
2. ....

### IV. OŚWIADCZENIA:

1. Wykonawca oświadcza, że zapoznał się z formularzem asortymentowo-cenowym i wzorem umowy i nie wnosi do nich żadnych zastrzeżeń.
2. Wykonawca oświadcza, że wykona przedmiot zamówienia w terminie określonym przez Zamawiającego.

### V. ZAŁĄCZM DO NINIEJSZEGO FORMULARZA NASTĘPUJĄCE ZAŁĄCZNIKI, STANOWIĄCE INTEGRALNĄ CZĘŚĆ OFERTY:



1. ....

2. ....

Miejscowość ..... dnia .....2020r.

.....

Podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych  
do reprezentowania Wykonawcy  
pieczęć Wykonawcy

(Pieczęć Wykonawcy)

**Załącznik nr 2**
**Formularz asortymentowo-cenowy**

DOSTAWA WYPOSAŻENIA W SPRZET MEDYCZNY W RAMACH REALIZACJI PROJEKTU „DRUGI DOM”

**Pakiet nr 1 Stolik zabiegowy**

L.p.	Wyszczególnienie	J.m.	Ilość	Cena Jednostkowa netto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent, model, nr katalogowy (jeżeli dotyczy)
1.	Stolik zabiegowy	Szt.	1					
RAZEM								

	Warunki gwarancji i serwisu:	Oferowany okres gwarancji i inne	Ilość punktów możliwych do uzyskania
1.	Okres gwarancji, liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego min. 24 miesiące max.36 miesięcy	TAK, podać .....miesiące	- 36 miesięcy – 40 pkt.; - od 24 do 35 miesięcy – ilość punktów przyznana będzie według wzoru zawartego w pkt. X.4 formularza oferty
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny	TAK*/NIE * podać adresy oraz telefony kontaktowe	Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert
3.	Możliwość zgłaszania wad/usterek	TAK podać numery telefonów i faksu i/lub e-mail	Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert

**PARAMETRY TECHNICZNO - UŻYTKOWE**
**Stolik zabiegowy**

Lp.	Nazwa parametru/podzespołu	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
1.	Wymiary wózka - szerokość: 450mm (+/- 20 mm) - długość: 750 mm (+/- 20 mm)	TAK, podać	

	- wysokość : 870 mm (+/- 20 mm)		
2.	Konstrukcja metalowa lakierowana proszkowo w kolorze białym	TAK	
3.	Dwie półki ze szkła hartowanego	TAK	
4.	Dwa uchylne pojemniki na odpady medyczne	TAK	
5.	4 kółka jezdne wyposażone w blokadę	TAK,	

UWAGA:

1. W celu identyfikacji zaofertowanego sprzętu medycznego (spośród wielu dostępnych na rynku) oraz oceny jego zgodności z zapisami określonymi w formularzu asortymentowo-cenowym, w ofercie należy podać nazwę producenta, model oraz parametry oferowanego sprzętu medycznego, umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanego przedmiotu zamówienia.
2. Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca - wypełniając ten załącznik - oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaofertowany asortyment.
3. Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treść - stanowi on integralną część oferty - deklarację Wykonawcy co do jej treści, stąd brak tego załącznika, zawierającego treść zgodnie z wzorem określonym w SIWZ warunków zamówienia, spowoduje odrzucenie oferty.

Miejscowość, ....., dnia .....2020r.

*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych  
do reprezentowania Wykonawcy*



(Pieczęć Wykonawcy)

### Formularz asortymentowo-cenowy

DOSTAWA WYPOSAŻENIA W SPRZET MEDYCZNY W RAMACH REALIZACJI PROJEKTU „DRUGI DOM”

#### Pakiet nr 2 Wózek transportowo-kąpielowy

L.p.	Wyszczególnienie	J.m.	Ilość	Cena Jednostkowa netto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent, model, nr katalogowy (jeżeli dotyczy)
1.	Wózek transportowo-kąpielowy	Szt.	1					
				RAZEM				

Warunki gwarancji i serwisu:			Oferowany okres gwarancji i inne	Ilość punktów możliwych do uzyskania
1.	Okres gwarancji, liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego min. 24 miesiące max.36 miesięcy	TAK, podać	.....miesiące	- 36 miesięcy – 40 pkt.; - od 24 do 35 miesięcy – ilość punktów przyznana będzie według wzoru zawartego w pkt. X.4 formularza oferty
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny	TAK*/NIE * podać adresy oraz telefony kontaktowe		Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert
3.	Możliwość zgłaszania wad/usterek	TAK podać numery telefonów i faksu i/lub e-mail		Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert

#### Wózek transportowo-kąpielowy

Lp.	Nazwa parametru/podzespołu	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
1.	Konstrukcja wózka stalowa z powłoką antykorozyjną z żywicy epoksydowej	TAK	
2.	Hydrauliczna regulacja wysokości w zakresie od 520mm do 880mm (+/- 20 mm) obsługiwana pedałami umieszczonymi po obu stronach wózka	TAK, podać	
3.	Wymiary wózka 780mm x 2000mm (+/- 20 mm)	TAK, podać	
4.	Koła o średnicy min. Ø 100 mm z niezależnymi hamulcami	TAK, podać	
5.	Uchwyty do pchania wózka u wezłowania oraz od strony nóg	TAK	
6.	Dopuszczalne obciążenie min. 250 kg	TAK, podać	
7.	Rura spustowa o długości 1850mm (+/- 20 mm) mocowana do wózka na zatrzasku.	TAK, podać	
8.	Spust wody zamykany korkiem, rura spustowa na zatrzask z boku płyty podstawy	TAK	
9.	Ciężar całkowity max. 87 kg	TAK, podać	
10.	Poręcze boczne o wymiarach 1400 mm x 220 mm (+/- 20 mm)	TAK, podać	
11.	Wózek wyposażony w poduszkę cylindryczną i kosz na ubrania od strony głowy pacjenta	TAK	

**UWAGA:**

1. W celu identyfikacji zaoferowanego sprzętu medycznego (spośród wielu dostępnych na rynku) oraz oceny jego zgodności z zapisami określonymi w formularzu asortymentowo-cenowym, w ofercie należy podać nazwę producenta, model oraz parametry oferowanego sprzętu medycznego, umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanego przedmiotu zamówienia.
2. Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca - wypełniając ten załącznik - oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany asortyment.
3. Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treść - stanowi on integralną część oferty - deklarację Wykonawcy co do jej treści, stąd brak tego załącznika, zawierającego treść zgodnie z wzorem określonym w SIWZ warunków zamówienia, spowoduje odrzucenie oferty.

Miejscowość, ....., dnia .....2020r.

*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych  
do reprezentowania Wykonawcy*

(Pieczęć Wykonawcy)

### Formularz asortymentowo-cenowy

DOSTAWA WYPOSAŻENIA W SPRZET MEDYCZNY W RAMACH REALIZACJI PROJEKTU „DRUGI DOM”

#### Pakiet nr 3 Balkonik rehabilitacyjny

L.p.	Wyszczególnienie	J.m.	Ilość	Cena Jednostkowa netto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent, model, nr katalogowy (jeżeli dotyczy)
1.	Balkonik rehabilitacyjny	Szt.	5					
RAZEM								

	Warunki gwarancji i serwisu:	Oferowany okres gwarancji i inne	Ilość punktów możliwych do uzyskania
1.	Okres gwarancji, liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego min. 24 miesiące max.36 miesięcy	TAK, podać .....miesiące	- 36 miesięcy – 40 pkt.; - od 24 do 35 miesięcy – ilość punktów przyznana będzie według wzoru zawartego w pkt. X.4 formularza oferty
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny	TAK*/NIE * podać adresy oraz telefony kontaktowe	Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert
3.	Możliwość zgłaszania wad/usterek	TAK podać numery telefonów i faksu i/lub e- mail	Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert

#### Balkonik rehabilitacyjny

Lp.	Nazwa parametru/podzespołu	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
-----	----------------------------	-----------------------------	--

1.	Składana, aluminiowa rama, z dodatkowymi wzmocnieniami	TAK	
2.	Kółka przednie o średnicy min. 12 cm	TAK, podać	
3.	Nóżki tylne zakończone gumowymi zabezpieczeniami antypoślizgowymi	TAK	
4.	Wymiary balkonika - szerokość: 640mm (+/- 20 mm) - wysokość : 800mm – 975mm (+/- 20 mm)	TAK, podać	
5.	Dopuszczalne obciążenie min. 110kg	TAK	

UWAGA:

1. W celu identyfikacji zaoferowanego sprzętu medycznego (spośród wielu dostępnych na rynku) oraz oceny jego zgodności z zapisami określonymi w formularzu asortymentowo-cenowym, w ofercie należy podać nazwę producenta, model oraz parametry oferowanego sprzętu medycznego, umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanego przedmiotu zamówienia.
2. Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca – wypełniając ten załącznik – oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany asortyment.
3. Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treść – stanowi on integralną część oferty – deklarację Wykonawcy co do jej treści, stąd brak tego załącznika, zawierającego treść zgodnie z wzorem określonym w SIWZ warunków zamówienia, spowoduje odrzucenie oferty.

Miejscowość, ....., dnia .....2020r.

*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych  
do reprezentowania Wykonawcy*

(Pieczęć Wykonawcy)

**Formularz asortymentowo-cenowy**

DOSTAWA WYPOSAŻENIA W SPRZET MEDYCZNY W RAMACH REALIZACJI PROJEKTU „DRUGI DOM”

**Pakiet nr 4 Inhalator**

L.p.	Wyszczególnienie	J.m.	Ilość	Cena Jednostkowa netto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent, model, nr katalogowy (jeżeli dotyczy)
1.	Inhalator	Szt.	2					
				RAZEM				

	Warunki gwarancji i serwisu:	Oferowany okres gwarancji i inne	Ilość punktów możliwych do uzyskania
1.	Okres gwarancji, liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego min. 24 miesiące max.36 miesięcy	TAK, podać .....miesiące	- 36 miesięcy – 40 pkt.; - od 24 do 35 miesięcy – ilość punktów przyznana będzie według wzoru zawartego w pkt. X.4 formularza oferty
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny	TAK*/NIE * podać adresy oraz telefony kontaktowe	Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert
3.	Możliwość zgłaszania wad/usterek	TAK podać numery telefonów i faksu i/lub e- mail	Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert

**Inhalator**

Lp.	Nazwa parametru/podzespołu	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
1.	Wymiary - szerokość: 165mm (+/- 20 mm)	TAK, podać	

	- głębokość: 165 mm (+/- 20 mm) - wysokość : 108 mm (+/- 20 mm)		
2.	Średnia prędkość przepływu - 6 l/min (+/- 0,5 l/min)	TAK, podać	
3.	Maksymalna prędkość przepływu - 8,01/min (+/- 0,5l/min)	TAK, podać	
3.	Zabezpieczenie przed przeciążeniem cieplnym - Bezpiecznik termiczny	TAK,	

UWAGA:

1. W celu identyfikacji zaoferowanego sprzętu medycznego (spośród wielu dostępnych na rynku) oraz oceny jego zgodności z zapisami określonymi w formularzu asortymentowo-cenowym, w ofercie należy podać nazwę producenta, model oraz parametry oferowanego sprzętu medycznego, umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanego przedmiotu zamówienia.
2. Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca - wypełniając ten załącznik - oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany asortyment.
3. Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treść - stanowi on integralną część oferty - deklarację Wykonawcy co do jej treści, stąd brak tego załącznika, zawierającego treść zgodnie z wzorem określonym w SIWZ warunków zamówienia, spowoduje odrzucenie oferty.

Miejscowość, ....., dnia .....2020r.

*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych  
do reprezentowania Wykonawcy*

(Pieczęć Wykonawcy)

**Formularz asortymentowo-cenowy**

DOSTAWA WYPOSAŻENIA W SPRZET MEDYCZNY W RAMACH REALIZACJI PROJEKTU „DRUGI DOM”

**Pakiet nr 5 Ciśnieniomierz**

L.p.	Wyszczególnienie	J.m.	Ilość	Cena Jednostkowa netto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent, model, nr katalogowy (jeżeli dotyczy)
1.	Ciśnieniomierz	Szt.	2					
				RAZEM				

	Warunki gwarancji i serwisu:	Oferowany okres gwarancji i inne	Ilość punktów możliwych do uzyskania
1.	Okres gwarancji, liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego min. 24 miesiące max.36 miesięcy	TAK, podać .....miesiące	- 36 miesięcy – 40 pkt.; - od 24 do 35 miesięcy – ilość punktów przyznana będzie według wzoru zawartego w pkt. X.4 formularza oferty
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny	TAK*/NIE * podać adresy oraz telefony kontaktowe	Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert
3.	Możliwość zgłaszania wad/usterek	TAK podać numery telefonów i faksu i/lub e- mail	Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert

**Ciśnieniomierz**

Lp.	Nazwa parametru/podzespołu	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
-----	----------------------------	-----------------------------	--

1.	Ciśnieniomierz naramienny elektroniczny	TAK	
2.	Automatyczny pomiar ciśnienia oraz tętna za pomocą jednego przycisku	TAK	
3.	Uniwersalny mankiet na ramię od 230mm do 320mm obwodu (+/- 20 mm)	TAK, podać	
4.	Duży czytelny wyświetlacz	TAK	

UWAGA:

1. W celu identyfikacji zaoferowanego sprzętu medycznego (spośród wielu dostępnych na rynku) oraz oceny jego zgodności z zapisami określonymi w formularzu asortymentowo-cenowym, w ofercie należy podać nazwę producenta, model oraz parametry oferowanego sprzętu medycznego, umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanego przedmiotu zamówienia.
2. Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca - wypełniając ten załącznik - oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany asortyment.
3. Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treść - stanowi on integralną część oferty - deklarację Wykonawcy co do jej treści, stąd brak tego załącznika, zawierającego treść zgodnie z wzorem określonym w SIWZ warunków zamówienia, spowoduje odrzucenie oferty.

Miejscowość, ....., dnia .....2020r.

*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych  
do reprezentowania Wykonawcy*



(Pieczęć Wykonawcy)

**Formularz asortymentowo-cenowy**

DOSTAWA WYPOSAŻENIA W SPRZET MEDYCZNY W RAMACH REALIZACJI PROJEKTU „DRUGI DOM”

**Pakiet nr 6 Ssak elektryczny**

L.p.	Wyszczególnienie	J.m.	Ilość	Cena Jednostkowa netto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent, model, nr katalogowy (jeżeli dotyczy)
1.	Ssak elektryczny	Szt.	2					
				RAZEM				

	Warunki gwarancji i serwisu:	Oferowany okres gwarancji i inne	Ilość punktów możliwych do uzyskania
1.	Okres gwarancji, liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego min. 24 miesiące max.36 miesięcy	TAK, podać .....miesiące	- 36 miesięcy – 40 pkt.; - od 24 do 35 miesięcy – ilość punktów przyznana będzie według wzoru zawartego w pkt. X.4 formularza oferty
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny	TAK*/NIE * podać adresy oraz telefony kontaktowe	Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert
3.	Możliwość zgłaszania wad/usterek	TAK podać numery telefonów i faksu i/lub e- mail	Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert

**Ssak elektryczny**

Lp.	Nazwa parametru/podzespołu	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
-----	----------------------------	-----------------------------	--

1.	Pojemność butli min.1000ml	TAK, podać	
2.	Przepływ pompowania płynu min. 20 l/ min	TAK, podać	
3.	Wymiary 370x180x280 mm (+/- 20 mm)	TAK, podać	
4.	Zasilanie za pomocą zasilania sieciowego lub wbudowanego akumulatora	TAK, podać	
5.	Wyposażenie: - regulator ciśnienia - próżniometr	TAK,	

UWAGA:

1. W celu identyfikacji zaoferowanego sprzętu medycznego (spośród wielu dostępnych na rynku) oraz oceny jego zgodności z zapisami określonymi w formularzu asortymentowo-cenowym, w ofercie należy podać nazwę producenta, model oraz parametry oferowanego sprzętu medycznego, umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanego przedmiotu zamówienia.
2. Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca - wypełniając ten załącznik - oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany asortyment.
3. Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treść - stanowi on integralną część oferty - deklarację Wykonawcy co do jej treści, stąd brak tego załącznika, zawierającego treść zgodnie z wzorem określonym w SIWZ warunków zamówienia, spowoduje odrzucenie oferty.

Miejscowość, ....., dnia .....2020r.

*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych  
do reprezentowania Wykonawcy*

(Pieczęć Wykonawcy)

**Formularz asortymentowo-cenowy**

DOSTAWA WYPOSAŻENIA W SPRZET MEDYCZNY W RAMACH REALIZACJI PROJEKTU „DRUGI DOM”

**Pakiet nr 7 Termometr bezdotykowy**

L.p.	Wyszczególnienie	J.m.	Ilość	Cena Jednostkowa netto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent, model, nr katalogowy (jeżeli dotyczy)
1.	Termometr bezdotykowy	Szt.	3					
				RAZEM				

Warunki gwarancji i serwisu:			Oferowany okres gwarancji i inne	Ilość punktów możliwych do uzyskania
1.	Okres gwarancji, liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego min. 24 miesiące max.36 miesięcy	TAK, podać	.....miesiące	- 36 miesięcy – 40 pkt.; - od 24 do 35 miesięcy – ilość punktów przyznana będzie według wzoru zawartego w pkt. X.4 formularza oferty
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny	TAK*/NIE * podać adresy oraz telefony kontaktowe		Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert
3.	Możliwość zgłaszania wad/usterek	TAK podać numery telefonów i faksu i/lub e-mail		Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert

**Termometr bezdotykowy**

Lp.	Nazwa parametru/podzespołu	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
1.	Natychmiastowy pomiar	TAK	
2.	Dokładność pomiaru 0,2°C	TAK	
3.	Ekran z podświetleniem	TAK	
4.	Wskaźnik zużycia baterii	TAK	

UWAGA:

1. W celu identyfikacji zaoferowanego sprzętu medycznego (spośród wielu dostępnych na rynku) oraz oceny jego zgodności z zapisami określonymi w formularzu asortymentowo-cenowym, w ofercie należy podać nazwę producenta, model oraz parametry oferowanego sprzętu medycznego, umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanego przedmiotu zamówienia.
2. Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca - wypełniając ten załącznik - oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany asortyment.
3. Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treść - stanowi on integralną część oferty - deklarację Wykonawcy co do jej treści, stąd brak tego załącznika, zawierającego treść zgodnie z wzorem określonym w SIWZ warunków zamówienia, spowoduje odrzucenie oferty.

Miejscowość, ....., dnia .....2020r.

*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych  
do reprezentowania Wykonawcy*

(Pieczęć Wykonawcy)

**Formularz asortymentowo-cenowy**

DOSTAWA WYPOSAŻENIA W SPRZET MEDYCZNY W RAMACH REALIZACJI PROJEKTU „DRUGI DOM”

**Pakiet nr 8 Wózek Inwalidzki**

L.p.	Wyszczególnienie	J.m.	Ilość	Cena Jednostkowa netto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent, model, nr katalogowy (jeżeli dotyczy)
1.	Wózek inwalidzki	Szt.	2					
				RAZEM				

	Warunki gwarancji i serwisu:	Oferowany okres gwarancji i inne	Ilość punktów możliwych do uzyskania
1.	Okres gwarancji, liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego min. 24 miesiące max.36 miesięcy	TAK, podać .....miesiące	- 36 miesięcy – 40 pkt.; - od 24 do 35 miesięcy – ilość punktów przyznana będzie według wzoru zawartego w pkt. X.4 formularza oferty
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny	TAK*/NIE * podać adresy oraz telefony kontaktowe	Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert
3.	Możliwość zgłaszania wad/usterek	TAK podać numery telefonów i faksu i/lub e- mail	Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert

### Wózek inwalidzki

Lp.	Nazwa parametru/podzespołu	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
1.	Długość całkowita z podnóżkiem: 112 cm (+/-20mm)	TAK, podać	
2.	Szerokość siedziska: 46 cm (+/-20mm) Szerokość całkowita: 63 cm (+/-20mm) Głębokość użytkowa siedziska: 450 mm (+/-20mm)	TAK, podać	
3.	Długość po złożeniu: 825 mm (+/-20mm) Szerokość po złożeniu: 290 mm (+/-20mm) Wysokość po złożeniu: 935 mm (+/-20mm)	TAK, podać	
4.	Waga całkowita max. 16,6 kg	TAK, podać	
5.	Dopuszczalne obciążenie min. 120kg	TAK, podać	
6.	Średnica kół tylnych min. 24"	TAK, podać	

#### UWAGA:

1. W celu identyfikacji zaoferowanego sprzętu medycznego (spośród wielu dostępnych na rynku) oraz oceny jego zgodności z zapisami określonymi w formularzu asortymentowo-cenowym, w ofercie należy podać nazwę producenta, model oraz parametry oferowanego sprzętu medycznego, umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanego przedmiotu zamówienia.
2. Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca - wypełniając ten załącznik - oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany asortyment.
3. Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treść - stanowi on integralną część oferty - deklarację Wykonawcy co do jej treści, stąd brak tego załącznika, zawierającego treść zgodnie z wzorem określonym w SIWZ warunków zamówienia, spowoduje odrzucenie oferty.

Miejscowość, ....., dnia .....2020r.

*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych  
do reprezentowania Wykonawcy*

(Pieczęć Wykonawcy)

**Formularz asortymentowo-cenowy**

DOSTAWA WYPOSAŻENIA W SPRZET MEDYCZNY W RAMACH REALIZACJI PROJEKTU „DRUGI DOM”

**Pakiet nr 9 Łatwoślizgi**

L.p.	Wyszczególnienie	J.m.	Ilość	Cena Jednostkowa netto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent, model, nr katalogowy (jeżeli dotyczy)
1.	Łatwoślizgi	Szt.	3					
				RAZEM				

	Warunki gwarancji i serwisu:	Oferowany okres gwarancji i inne	Ilość punktów możliwych do uzyskania
1.	Okres gwarancji, liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego min. 24 miesiące max.36 miesięcy	TAK, podać .....miesiące	- 36 miesięcy – 40 pkt.; - od 24 do 35 miesięcy – ilość punktów przyznana będzie według wzoru zawartego w pkt. X.4 formularza oferty
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny	TAK*/NIE * podać adresy oraz telefony kontaktowe	Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert
3.	Możliwość zgłaszania wad/usterek	TAK podać numery telefonów i faksu i/lub e- mail	Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert

### Łatwoślizgi

Lp.	Nazwa parametru/podzespołu	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
1.	Podkład ślizgowy służący do przemieszczania i przewracania pacjenta w pozycji leżącej	TAK	
2.	Uchwyty znajdujące się na całej długości boku	TAK	
3.	Wymiary - szerokość: 750mm (+/- 20 mm) - wysokość: 1900mm (+/- 20 mm)	TAK, podać	

#### UWAGA:

1. W celu identyfikacji zaofertowanego sprzętu medycznego (spośród wielu dostępnych na rynku) oraz oceny jego zgodności z zapisami określonymi w formularzu asortymentowo-cenowym, w ofercie należy podać nazwę producenta, model oraz parametry oferowanego sprzętu medycznego, umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanego przedmiotu zamówienia.
2. Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca - wypełniając ten załącznik - oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaofertowany asortyment.
3. Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treść - stanowi on integralną część oferty - deklarację Wykonawcy co do jej treści, stąd brak tego załącznika, zawierającego treść zgodnie z wzorem określonym w SIWZ warunków zamówienia, spowoduje odrzucenie oferty.

Miejscowość, ....., dnia .....2020r.

*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych  
do reprezentowania Wykonawcy*



(Pieczęć Wykonawcy)

**Formularz asortymentowo-cenowy**

DOSTAWA WYPOSAŻENIA W SPRZET MEDYCZNY W RAMACH REALIZACJI PROJEKTU „DRUGI DOM”

**Pakiet nr 10 Lampa na podczerwień**

L.p.	Wyszczególnienie	J.m.	Ilość	Cena Jednostkowa netto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent, model, nr katalogowy (jeżeli dotyczy)
1.	Lampa na podczerwień	Szt.	1					
				RAZEM				

	Warunki gwarancji i serwisu:	Oferowany okres gwarancji i inne	Ilość punktów możliwych do uzyskania
1.	Okres gwarancji, liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego min. 24 miesiące max.36 miesięcy	TAK, podać .....miesiące	- 36 miesięcy – 40 pkt.; - od 24 do 35 miesięcy – ilość punktów przyznana będzie według wzoru zawartego w pkt. X.4 formularza oferty
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny	TAK*/NIE * podać adresy oraz telefony kontaktowe	Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert
3.	Możliwość zgłaszania wad/usterek	TAK podać numery telefonów i faksu i/lub e- mail	Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert

Lampa na podczerwień

Lp.	Nazwa parametru/podzespołu	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
1.	Lampa przeznaczona do wykonywania zabiegów ciepłoleczniczych i światłoleczniczych	TAK	
2.	Moc lampy min. 275 W	TAK, podać	
3.	Statyw o wymiarach - wysokość: 700mm (+/- 20 mm) - długość ramienia 1000mm (+/- 20 mm)	TAK, podać	

UWAGA:

1. W celu identyfikacji zaoferowanego sprzętu medycznego (spośród wielu dostępnych na rynku) oraz oceny jego zgodności z zapisami określonymi w formularzu asortymentowo-cenowym, w ofercie należy podać nazwę producenta, model oraz parametry oferowanego sprzętu medycznego, umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanego przedmiotu zamówienia.
2. Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca - wypełniając ten załącznik - oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany asortyment.
3. Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treść - stanowi on integralną część oferty - deklarację Wykonawcy co do jej treści, stąd brak tego załącznika, zawierającego treść zgodnie z wzorem określonym w SIWZ warunków zamówienia, spowoduje odrzucenie oferty.

Miejscowość, ....., dnia .....2020r.

*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych  
do reprezentowania Wykonawcy*

(Pieczęć Wykonawcy)

DOSTAWA WYPOSAŻENIA W SPRZET MEDYCZNY W RAMACH REALIZACJI PROJEKTU „DRUGI DOM”

**Pakiet nr 11 Lampa do terapii światłem**

L.p.	Wyszczególnienie	J.m.	Ilość	Cena Jednostkowa netto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent, model, nr katalogowy (jeżeli dotyczy)
1.	Lampa do terapii światłem	Szt.	1					
				RAZEM				

	Warunki gwarancji i serwisu:	Oferowany okres gwarancji i inne	Ilość punktów możliwych do uzyskania
1.	Okres gwarancji, liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego min. 24 miesiące max.36 miesięcy	TAK, podać .....miesiące	- 36 miesięcy – 40 pkt.; - od 24 do 35 miesięcy – ilość punktów przyznana będzie według wzoru zawartego w pkt. X.4 formularza oferty
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny	TAK*/NIE * podać adresy oraz telefony kontaktowe	Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert
3.	Możliwość zgłaszania wad/usterek	TAK podać numery telefonów i faksu i/lub e- mail	Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert

**Lampa do terapii światłem**

Lp.	Nazwa parametru/podzespołu	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
1.	Moc żarówki halogenowej min. 20 W	TAK, podać	
2.	Długość fali: 480 – 3400 nm	TAK, podać	
3.	Stopień polaryzacji: 590 – 1550 nm)	TAK, podać	

4.	Energia światła na minutę: 2.4 J/cm <sup>2</sup>	TAK, podać	
5.	Statyw do mocowania urządzenia	TAK	

UWAGA:

1. W celu identyfikacji zaoferowanego sprzętu medycznego (spośród wielu dostępnych na rynku) oraz oceny jego zgodności z zapisami określonymi w formularzu asortymentowo-cenowym, w ofercie należy podać nazwę producenta, model oraz parametry oferowanego sprzętu medycznego, umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanego przedmiotu zamówienia.
2. Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca - wypełniając ten załącznik - oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany asortyment.
3. Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treść - stanowi on integralną część oferty - deklarację Wykonawcy co do jej treści, stąd brak tego załącznika, zawierającego treść zgodnie z wzorem określonym w SIWZ warunków zamówienia, spowoduje odrzucenie oferty.

Miejscowość, ....., dnia .....2020r.

*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych  
do reprezentowania Wykonawcy*

(Pieczęć Wykonawcy)

**Formularz asortymentowo-cenowy**

SPRZET MEDYCZNY W RAMACH REALIZACJI PROJEKTU „DRUGI DOM”

**Pakiet nr 12 Łóżko szpitalne**

Lp.	Wyszczególnienie	J.m.	Ilość	Cena Jednostkowa netto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent, model, nr katalogowy (jeżeli dotyczy)
1.	Łóżko szpitalne	Szt.	10					
				RAZEM				

	Warunki gwarancji i serwisu:	Oferowany okres gwarancji i inne	Ilość punktów możliwych do uzyskania
1.	Okres gwarancji, liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego min. 24 miesiące max.36 miesięcy	TAK, podać .....miesiące	- 36 miesięcy – 40 pkt.; - od 24 do 35 miesięcy – ilość punktów przyznana będzie według wzoru zawartego w pkt. X.4 formularza oferty
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny	TAK*/NIE * podać adresy oraz telefony kontaktowe	Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert
3.	Możliwość zgłaszania wad/usterek	TAK podać numery telefonów i faksu i/lub e- mail	Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert

**Łóżko szpitalne**

Lp.	Nazwa parametru/podzespołu	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
-----	----------------------------	-----------------------------	--

1.	Konstrukcja łóżka wykonana z profili stalowych 50mm x 20mm malowanych proszkowo (rama nie dzielona) w kolorze białym lub szarym	TAK	
2.	Leże łóżka czterosegmentowe z regulacją segmentów oraz wysokości leża przy pomocy siłowników elektrycznych sterowanych pilotem przewodowym	TAK	
3.	Obudowa łóżka z drewna bukowego i płyty laminowanej w komplecie z drewnianymi poręczami bocznymi zakończonymi osłonami (kapy) poruszającymi się w ceowniku aluminiowym półzamkniętym o wymiarach 20x20 mm	TAK	
4.	Szczyt łóżka w formie skrzyni , przód i tył płyta laminowana , słupki oraz krawędź górna z drewna bukowego	TAK, podać	
5.	Pozycja Trendelburga i anti-Trendelburga regulowana elektrycznie 0-25°	TAK	
6.	Indywidualna blokada jazdy i obrotu czterech kół jezdnych o średnicy min. 125mm	TAK, podać	
7.	W leżu sprężynujące listwy lamelowe wzmocnione w części środkowej	TAK	
8.	Długość całkowita 2140mm±5mm	TAK, podać	
9.	Szerokość całkowita 950mm±5mm	TAK, podać	
10.	Długość leża 2020mm±5mm	TAK, podać	
11.	Szerokość leża 790mm ±5mm	TAK, podać	
12.	Kąt odchylenia oparcia pleców 0° -70° +/- 2° regulowane elektrycznie	TAK, podać	
13.	Kąt odchylenia segmentu uda 0° -40° +/- 2° regulowane elektrycznie	TAK, podać	
14.	Regulacja kąta ramki podudzia za pomocą mechanizmu zapadkowego a przesuw wzdłużny systemem rolkowym	TAK	
15.	Regulacja wysokości leża 400-800mm ±5mm	TAK, podać	

UWAGA:

1. W celu identyfikacji zaoferowanego sprzętu medycznego (spośród wielu dostępnych na rynku) oraz oceny jego zgodności z zapisami określonymi w formularzu asortymentowo-cenowym, w ofercie należy podać nazwę producenta, model oraz parametry oferowanego sprzętu medycznego, umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanego przedmiotu zamówienia.
2. Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca – wypełniając ten załącznik – oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany asortyment.
3. Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treść – stanowi on integralną część oferty – deklarację Wykonawcy co do jej treści, stąd brak tego załącznika, zawierającego treść zgodnie z wzorem określonym w SIWZ warunków zamówienia, spowoduje odrzucenie oferty.

Miejscowość, ....., dnia .....2020r.

*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych  
do reprezentowania Wykonawcy*

Formularz asortymentowo-cenowy

DOSTAWA WYPOSAŻENIA W SPRZET MEDYCZNY W RAMACH REALIZACJI PROJEKTU „DRUGI DOM”

**Pakiet nr 13 Materac szpitalny**

L.p.	Wyszczególnienie	J.m.	Ilość	Cena Jednostkowa netto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent, model, nr katalogowy (jeżeli dotyczy)
1.	Materac szpitalny	Szt.	10					
				RAZEM				

	Warunki gwarancji i serwisu:	Oferowany okres gwarancji i inne	Ilość punktów możliwych do uzyskania
1.	Okres gwarancji, liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo - odbiorczego min. 24 miesiące max.36 miesięcy	TAK, podać .....miesiące	- 36 miesięcy - 40 pkt.; - od 24 do 35 miesięcy - ilość punktów przyznana będzie według wzoru zawartego w pkt. X.4 formularza oferty
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny	TAK*/NIE * podać adresy oraz telefony kontaktowe	Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert
3.	Możliwość zgłaszania wad/usterek	TAK podać numery telefonów i faksu i/lub e- mail	Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert

**Materac szpitalny**



Lp.	Nazwa parametru/podzespołu	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
1.	Materac w pokrowcu paroprzepuszczalnym, wodoodpornym, odporny na środki dezynfekcyjne zamykany na zamek błyskawiczny.	TAK	
2.	Wymiary - szerokość: 800 mm (+/- 50 mm) - długość: 1950mm (+/- 20 mm) - wysokość: 100mm (+/- 20 mm)	TAK, podać	
3.	Wypełnienie materaca z pianki o gęstości min. 25 kg/m <sup>3</sup>	TAK, podać	
4.	Pokrowiec materaca z możliwością prania.	TAK	

UWAGA:

1. W celu identyfikacji zaofertowanego sprzętu medycznego (spośród wielu dostępnych na rynku) oraz oceny jego zgodności z zapisami określonymi w formularzu asortymentowo-cenowym, w ofercie należy podać nazwę producenta, model oraz parametry oferowanego sprzętu medycznego, umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanego przedmiotu zamówienia.
2. Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca - wypełniając ten załącznik - oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaofertowany asortyment.
3. Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treść - stanowi on integralną część oferty - deklarację Wykonawcy co do jej treści, stąd brak tego załącznika, zawierającego treść zgodnie z wzorem określonym w SIWZ warunków zamówienia, spowoduje odrzucenie oferty.

Miejscowość, ....., dnia .....2020r.

*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych  
do reprezentowania Wykonawcy*

(Pieczęć Wykonawcy)

**Formularz asortymentowo-cenowy**

DOSTAWA WYPOSAŻENIA W SPRZET MEDYCZNY W RAMACH REALIZACJI PROJEKTU „DRUGI DOM”

**Pakiet nr 14 Szafka przyłóżkowa**

L.p.	Wyszczególnienie	J.m.	Ilość	Cena Jednostkowa netto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent, model, nr katalogowy (jeżeli dotyczy)
1.	Szafka przyłóżkowa	Szt.	10					
				RAZEM				

	Warunki gwarancji i serwisu:	Oferowany okres gwarancji i inne	Ilość punktów możliwych do uzyskania
1.	Okres gwarancji, liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo - odbiorczego min. 24 miesiące max.36 miesięcy	TAK, podać .....miesiące	- 36 miesięcy - 40 pkt.; - od 24 do 35 miesięcy - ilość punktów przyznana będzie według wzoru zawartego w pkt. X.4 formularza oferty
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny	TAK*/NIE * podać adresy oraz telefony kontaktowe	Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert
3.	Możliwość zgłaszania wad/usterek	TAK podać numery telefonów i faksu i/lub e- mail	Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert

**Szafka przyłóżkowa**

Lp.	Nazwa parametru/podzespołu	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
1.	Wysokość 880mm +/- 10mm	TAK, podać	

2.	Szerokość przy złożonym blacie 570mm +/- 10mm	TAK, podać	
3.	Szafka wyposażona w jedna szufladę na prowadnicy rolnkowej, kontenerek z półką i drzwiczkami, pomiędzy szufladą a kontenerkiem wolna przestrzeń.	TAK,	
4.	Głębokość 490mm +/- 10mm	TAK, podać	
5.	Szafka wykonana z płyty meblowej w kolorze buk	TAK	
6.	Szafka wyposażona w dodatkowy blat boczny wysuwany – chowany w boku ściany szafki .	TAK	
7.	Szafka na czterech kółkach w tym dwa z blokadą	TAK	
8.	Blat wysuwany o wymiarach 590x340mm +/- 10mm	TAK, podać	

UWAGA:

1. W celu identyfikacji zaoferowanego sprzętu medycznego (spośród wielu dostępnych na rynku) oraz oceny jego zgodności z zapisami określonymi w formularzu asortymentowo-cenowym, w ofercie należy podać nazwę producenta, model oraz parametry oferowanego sprzętu medycznego, umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanego przedmiotu zamówienia.
2. Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca – wypełniając ten załącznik – oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany asortyment.
3. Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treść – stanowi on integralną część oferty – deklarację Wykonawcy co do jej treści, stąd brak tego załącznika, zawierającego treść zgodnie z wzorem określonym w SIWZ warunków zamówienia, spowoduje odrzucenie oferty.

Miejscowość, ....., dnia .....2020r.

*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych  
do reprezentowania Wykonawcy*

(Pieczęć Wykonawcy)

Formularz asortymentowo-cenowy

DOSTAWA WYPOSAŻENIA W SPRZET MEDYCZNY W RAMACH REALIZACJI PROJEKTU „DRUGI DOM”

Pakiet nr 15 Szafa medyczna

L.p.	Wyszczególnienie	J.m.	Ilość	Cena Jednostkowa netto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent, model, nr katalogowy (jeżeli dotyczy)
1.	Szafa medyczna	Szt.	1					
				RAZEM				

	Warunki gwarancji i serwisu:	Oferowany okres gwarancji i inne	Ilość punktów możliwych do uzyskania
1.	Okres gwarancji, liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo - odbiorczego min. 24 miesiące max.36 miesięcy	TAK, podać .....miesiące	- 36 miesięcy - 40 pkt.; - od 24 do 35 miesięcy - ilość punktów przyznana będzie według wzoru zawartego w pkt. X.4 formularza oferty
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny	TAK*/NIE * podać adresy oraz telefony kontaktowe	Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert
3.	Możliwość zgłaszania wad/usterek	TAK podać numery telefonów i faksu i/lub e-mail	Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert

Szafa medyczna

Lp.	Nazwa parametru/podzespołu	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
1.	Szafa 2-drzwiowa, metalowa lakierowana proszkowo w kolorze białym	TAK	
2.	Wymiary - szerokość: 900mm (+/- 20 mm) - głębokość: 420mm (+/- 20 mm) - wysokość: 1800mm (+/- 20 mm)	TAK, podać	
3.	Drzwi szafy przeszklone szybą hartowaną, zamykane na zamek baskwilowy, ryglującym w trzech punktach i wykończonych uchwytem klamkowym	TAK, podać	
4.	Cztery półki szafy wykonane ze szkła hartowanego o udźwigu min. 25kg	TAK, podać	

UWAGA:

1. W celu identyfikacji zaoferowanego sprzętu medycznego (spośród wielu dostępnych na rynku) oraz oceny jego zgodności z zapisami określonymi w formularzu asortymentowo-cenowym, w ofercie należy podać nazwę producenta, model oraz parametry oferowanego sprzętu medycznego, umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanego przedmiotu zamówienia.
2. Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca – wypełniając ten załącznik – oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany asortyment.
3. Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treść – stanowi on integralną część oferty – deklarację Wykonawcy co do jej treści, stąd brak tego załącznika, zawierającego treść zgodnie z wzorem określonym w SIWZ warunków zamówienia, spowoduje odrzucenie oferty.

Miejscowość, ....., dnia .....2020r.

*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych  
do reprezentowania Wykonawcy*

Formularz asortymentowo-cenowy

DOSTAWA WYPOSAŻENIA W SPRZET MEDYCZNY W RAMACH REALIZACJI PROJEKTU „DRUGI DOM”

**Pakiet nr 16 Parawan**

L.p.	Wyszczególnienie	J.m.	Ilość	Cena Jednostkowa netto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent, model, nr katalogowy (jeżeli dotyczy)
1.	Parawan	Szt.	4					
				RAZEM				

	Warunki gwarancji i serwisu:	Oferowany okres gwarancji i inne	Ilość punktów możliwych do uzyskania
1.	Okres gwarancji, liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo - odbiorczego min. 24 miesiące max.36 miesięcy	TAK, podać .....miesiące	- 36 miesięcy - 40 pkt.; - od 24 do 35 miesięcy - ilość punktów przyznana będzie według wzoru zawartego w pkt. X.4 formularza oferty
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny	TAK*/NIE * podać adresy oraz telefony kontaktowe	Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert
3.	Możliwość zgłaszania wad/usterek	TAK podać numery telefonów i faksu i/lub e- mail	Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert

**Parawan**

Lp.	Nazwa parametru/podzespołu	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
1.	Parawan jednoczęściowy wykonany ze stalowych rurek	TAK	
2.	Wymiary	TAK, podać	

	- szerokość: 940mm (+/- 20 mm) - wysokość: 1650mm (+/- 20 mm) - głębokość: 580mm (+/- 20 mm)		
3.	Parawan wyposażony w kółka z hamulcem	TAK	

UWAGA:

1. W celu identyfikacji zaofertowanego sprzętu medycznego (spośród wielu dostępnych na rynku) oraz oceny jego zgodności z zapisami określonymi w formularzu asortymentowo-cenowym, w ofercie należy podać nazwę producenta, model oraz parametry oferowanego sprzętu medycznego, umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanego przedmiotu zamówienia.
2. Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca – wypełniając ten załącznik – oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaofertowany asortyment.
3. Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treść – stanowi on integralną część oferty – deklarację Wykonawcy co do jej treści, stąd brak tego załącznika, zawierającego treść zgodnie z wzorem określonym w SIWZ warunków zamówienia, spowoduje odrzucenie oferty.

Miejscowość, ....., dnia .....2020r.

*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych  
do reprezentowania Wykonawcy*

**Formularz asortymentowo-cenowy**

DOSTAWA WYPOSAŻENIA W SPRZET MEDYCZNY W RAMACH REALIZACJI PROJEKTU „DRUGI DOM”

Pakiet nr 17 Materac przeciwodleżynowy

L.p.	Wyszczególnienie	J.m.	Ilość	Cena Jednostkowa netto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent, model, nr katalogowy (jeżeli dotyczy)
1.	Materac przeciwodleżynowy	Szt.	5					
				RAZEM				

Warunki gwarancji i serwisu:			Oferowany okres gwarancji i inne	Ilość punktów możliwych do uzyskania
1.	Okres gwarancji, liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo - odbiorczego min. 24 miesiące max.36 miesięcy	TAK, podać	.....miesiące	- 36 miesięcy - 40 pkt.; - od 24 do 35 miesięcy - ilość punktów przyznana będzie według wzoru zawartego w pkt. X.4 formularza oferty
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny	TAK*/NIE * podać adresy oraz telefony kontaktowe		Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert
3.	Możliwość zgłaszania wad/usterek	TAK podać numery telefonów i faksu i/lub e-mail		Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert

**Materac przeciwodleżynowy**



Lp.	Nazwa parametru/podzespołu	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
1.	Materac przeciwoleżynowy typu rurowego z funkcją wentylacji	TAK	
2.	Wymiary - szerokość: 850mm (+/- 20 mm) - długość: 1900mm (+/- 20 mm) - wysokość: 110mm (+/- 20 mm)	TAK, podać	
3.	Pompa min. 8l/ min	TAK, podać	
4.	Zawór CPR umożliwiający szybkie opróżnienie materaca w przypadkach nagłych	TAK	

UWAGA:

1. W celu identyfikacji zaoferowanego sprzętu medycznego (spośród wielu dostępnych na rynku) oraz oceny jego zgodności z zapisami określonymi w formularzu asortymentowo-cenowym, w ofercie należy podać nazwę producenta, model oraz parametry oferowanego sprzętu medycznego, umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanego przedmiotu zamówienia.
2. Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca – wypełniając ten załącznik – oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany asortyment.
3. Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treść – stanowi on integralną część oferty – deklarację Wykonawcy co do jej treści, stąd brak tego załącznika, zawierającego treść zgodnie z wzorem określonym w SIWZ warunków zamówienia, spowoduje odrzucenie oferty.

Miejscowość, ....., dnia .....2020r.

*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych  
do reprezentowania Wykonawcy*

(Pieczęć Wykonawcy)

**Formularz asortymentowo-cenowy**

DOSTAWA WYPOSAŻENIA W SPRZET MEDYCZNY W RAMACH REALIZACJI PROJEKTU „DRUGI DOM”

Pakiet nr 18 Kozetka lekarska

L.p.	Wyszczególnienie	J.m.	Ilość	Cena Jednostkowa netto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent, model, nr katalogowy (jeżeli dotyczy)
1.	Kozetka lekarska	Szt.	2					
RAZEM								

	Warunki gwarancji i serwisu:	Oferowany okres gwarancji i inne	Ilość punktów możliwych do uzyskania
1.	Okres gwarancji, liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego min. 24 miesiące max.36 miesięcy	TAK, podać .....miesiące	- 36 miesięcy – 40 pkt.; - od 24 do 35 miesięcy – ilość punktów przyznana będzie według wzoru zawartego w pkt. X.4 formularza oferty
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny	TAK*/NIE * podać adresy oraz telefony kontaktowe	Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert
3.	Możliwość zgłaszania wad/usterek	TAK podać numery telefonów i faksu i/lub e- mail	Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert

**Kozetka lekarska**

Lp.	Nazwa parametru/podzespołu	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
-----	----------------------------	-----------------------------	--

1.	Kozetka wykonana z rur stalowych, pokrytych lakierem proszkowym, odpornym na promieniowanie UV, uszkodzenia mechaniczne i środki dezynfekcyjno-myjące	TAK	
2.	Wymiary - szerokość: 550mm (+/- 20 mm) - długość: 1900mm (+/- 20 mm) - wysokość: 550mm (+/- 20 mm)	TAK, podać	
3.	Zakres regulacji zagłówka od +45st do -30st (+/- 2st)	TAK, podać	
4.	Dopuszczalne obciążenie min. 180kg	TAK, podać	

UWAGA:

1. W celu identyfikacji zaoferowanego sprzętu medycznego (spośród wielu dostępnych na rynku) oraz oceny jego zgodności z zapisami określonymi w formularzu asortymentowo-cenowym, w ofercie należy podać nazwę producenta, model oraz parametry oferowanego sprzętu medycznego, umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanego przedmiotu zamówienia.
2. Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca - wypełniając ten załącznik - oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany asortyment.
3. Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treść - stanowi on integralną część oferty - deklarację Wykonawcy co do jej treści, stąd brak tego załącznika, zawierającego treść zgodnie z wzorem określonym w SIWZ warunków zamówienia, spowoduje odrzucenie oferty.

Miejscowość, ....., dnia .....2020r.

*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych  
do reprezentowania Wykonawcy*

(Pieczęć Wykonawcy)

### Formularz asortymentowo-cenowy

DOSTAWA WYPOSAŻENIA W SPRZET MEDYCZNY W RAMACH REALIZACJI PROJEKTU „DRUGI DOM”

Pakiet nr 19 Wózek do przewożenia posiłków

L.p.	Wyszczególnienie	J.m.	Ilość	Cena Jednostkowa netto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent, model, nr katalogowy (jeżeli dotyczy)
1.	Wózek do przewożenia posiłków	Szt.	1					
				RAZEM				

	Warunki gwarancji i serwisu:	Oferowany okres gwarancji i inne	Ilość punktów możliwych do uzyskania
1.	Okres gwarancji, liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego min. 24 miesiące max.36 miesięcy	TAK, podać .....miesiące	- 36 miesięcy – 40 pkt.; - od 24 do 35 miesięcy – ilość punktów przyznana będzie według wzoru zawartego w pkt. X.4 formularza oferty
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny	TAK*/NIE * podać adresy oraz telefony kontaktowe	Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert
3.	Możliwość zgłaszania wad/usterek	TAK podać numery telefonów i faksu i/lub e- mail	Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert

**Wózek do przewożenia posiłków**

Lp.	Nazwa parametru/podzespołu	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
1.	Wózek 3-półkowy wykonany ze stali nierdzewnej	TAK	
2.	Wymiary wózka - szerokość: 450mm (+/- 20 mm) - długość: 850mm (+/- 20 mm) - wysokość: 900mm (+/- 20 mm)	TAK, podać	
3.	Wymiary półek - szerokość: 450mm (+/- 20 mm) - długość: 800mm (+/- 20 mm) - wysokość: 900mm (+/- 20 mm)	TAK, podać	
4.	Odległość między półkami min. 250mm (+/- 20 mm)	TAK, podać	
5.	Wyprofilowane powierzchnie półek zapobiegające przypadkowemu rozlaniu się płynów poza półki wózka	TAK	
6.	Cztery kółka skrętne w tym dwa z hamulcami	TAK	
7.	Dopuszczalne obciążenie min. 225kg	TAK, podać	

**UWAGA:**

1. W celu identyfikacji zaoferowanego sprzętu medycznego (spośród wielu dostępnych na rynku) oraz oceny jego zgodności z zapisami określonymi w formularzu asortymentowo-cenowym, w ofercie należy podać nazwę producenta, model oraz parametry oferowanego sprzętu medycznego, umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanego przedmiotu zamówienia.
2. Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca - wypełniając ten załącznik - oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany asortyment.
3. Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treść - stanowi on integralną część oferty - deklarację Wykonawcy co do jej treści, stąd brak tego załącznika, zawierającego treść zgodnie z wzorem określonym w SIWZ warunków zamówienia, spowoduje odrzucenie oferty.

Miejscowość, ....., dnia .....2020r.

*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych  
do reprezentowania Wykonawcy*

(Pieczęć Wykonawcy)

### Formularz asortymentowo-cenowy

DOSTAWA WYPOSAŻENIA W SPRZET MEDYCZNY W RAMACH REALIZACJI PROJEKTU „DRUGI DOM”

#### Pakiet nr 20 Taboret kąpielowy

L.p.	Wyszczególnienie	J.m.	Ilość	Cena Jednostkowa netto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent, model, nr katalogowy (jeżeli dotyczy)
1.	Taboret kąpielowy	Szt.	4					
				RAZEM				

	Warunki gwarancji i serwisu:	Oferowany okres gwarancji i inne	Ilość punktów możliwych do uzyskania
1.	Okres gwarancji, liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego min. 24 miesiące max.36 miesięcy	TAK, podać .....miesiące	- 36 miesięcy – 40 pkt.; - od 24 do 35 miesięcy – ilość punktów przyznana będzie według wzoru zawartego w pkt. X.4 formularza oferty
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny	TAK*/NIE * podać adresy oraz telefony kontaktowe	Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert
3.	Możliwość zgłaszania wad/usterek	TAK podać numery telefonów i faksu i/lub e- mail	Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert

Taboret kąpielowy

Lp.	Nazwa parametru/podzespołu	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
1.	Konstrukcja aluminiowa, odporna na korozję z siedziskiem z tworzywa sztucznego.	TAK	
2.	Wymiary - średnica siedziska 320mm (+/- 20 mm) - wysokość: 375mm- 555mm (+/- 20 mm)	TAK, podać	
3.	Nóżki zakończone antypoślizgowymi nasadkami, zapobiegają rysowaniu powierzchni i niekontrolowanym ruchom stołeczka podczas użytkowania	TAK, podać	
4.	Dopuszczalne obciążenie min. 180kg	TAK, podać	

UWAGA:

1. W celu identyfikacji zaoferowanego sprzętu medycznego (spośród wielu dostępnych na rynku) oraz oceny jego zgodności z zapisami określonymi w formularzu asortymentowo-cenowym, w ofercie należy podać nazwę producenta, model oraz parametry oferowanego sprzętu medycznego, umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanego przedmiotu zamówienia.
2. Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca - wypełniając ten załącznik - oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany asortyment.
3. Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treść - stanowi on integralną część oferty - deklarację Wykonawcy co do jej treści, stąd brak tego załącznika, zawierającego treść zgodnie z wzorem określonym w SIWZ warunków zamówienia, spowoduje odrzucenie oferty.

Miejscowość, ....., dnia .....2020r.

*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych  
do reprezentowania Wykonawcy*