*Załącznik nr 1*

*Nr sprawy: FP-Z.51.2023*

**FORMULARZ OFERTOWY**

Nazwa Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: ........................................................................................................................................................................

NIP…………………………………………………………………… REGON ................................................................................

Nr telefonu: ...................................................Nr faxu ............................................ adres e΄mail …………..……………………….

Odpowiadając na zaproszenie do składania ofert w postępowaniu o udzielenie zamówienia
o wartości szacunkowej netto nie przekraczającej 130 000 zł, na dostawę 1 szt. używanej karetki transportowej przeznaczonej do transportu pacjentów proponujemy realizację zamówienia na następujących warunkach:

Cena netto………………………………………………………………………………………………..

Stawka VAT………………………………………………………………………………………………..

Cena brutto…………………………………………………………………………………………………

Słownie brutto:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Producent: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Typ/model urządzenia…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Kraj pochodzenia………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Okres gwarancji……………………………………………..…

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY/PODAĆ** |
| 1 | Rok produkcji | 2012-2014 |  |
| 2 | Przebieg km udokumentowany | Max. 300 tys.km |  |
| 3 | Pojemność |  do 2000 cm3 |  |
| 4 | Rodzaj paliwa | Diesel |  |
| 5 | Moc silnika | Do 130 KM |  |
| 6 | Długość pojazdu | Max. 5200 mm |  |
| 7 | Szerokość | Max. 2000 mm |  |
| 8 | Wysokość |  Max. 2050 mm |  |
| 9 | Kolor pojazdu | Biały |  |
| 10 | Sygnalizacja pojazdu uprzywilejowanego | TAK |  |
| 11 | Wspomaganie kierownicy | TAK |  |
| 12 | ABS | TAK |  |
| 13 | Airbag kierowcy | TAK |  |
| 14 | Liczba miejsc siedzących | Min. 4 |  |
| 15 | Podstawa pod nosze samojezdne | TAK |  |
| 16 | Fotel lekarski | TAK |  |
| 17 | Schodek przy drzwiach bocznych – ułatwiający wchodzenie | TAK |  |
| 18 | Napęd przedni | TAK |  |
| 19 | Możliwość transportu wózka inwalidzkiego | Złożonego  |  |
| 20 | Instalacja tlenowa | TAK |  |
| 21 | Wentylacja nawiewno-wyciągowa | TAK |  |
| 22 | Wewnętrzne duże okno przesuwne | TAK |  |
| 23 | Gniazda instalacji elektrycznej 230 V | Min. 2 SZT. |  |
| 24 | Gniazd instalacji elektrycznej 12V typ IP 34 | Min. 2 SZT. |  |
| 25 | Elektryczne szyby | TAK |  |
| 26 | Elektryczne lusterka | TAK |  |
| 27 | Centralny zamek z alarmem | TAK |  |
| 28 | Komplet dokumentacji przygotowanej do rejestracji | TAK |  |
| 29 | Aktualny przegląd Serwisu | TAK |  |
| 30 | Pojazd gotowy do eksploatacji | TAK |  |
| 31 | Okres rękojmi | Min. 3 miesiące |  |
| 32 | Nosze | TAK |  |
| 33 | Krzesełko transportowe | TAK |  |

 *Parametry określone jako „TAK” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.*

***Zamawiający w rozliczeniu sprzeda za cenę 10 500 zł (brutto) samochód marki OPEL. model VIVARO rok produkcji 2008***

***Przebieg361 142 km nr VIN WOLF7BHD68Y724192***

Oświadczamy, że

1. Oferowane powyżej urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu i uruchomieniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych, z wyłączeniem materiałów eksploatacyjnych.
2. Oświadczamy, że oferowane urządzenie, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

………………………………………………. ………………………………………

 *Miejscowość i data*  *Podpis Wykonawcy*

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych – Samodzielny Publiczny Zespół opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie, ul. Sobieskiego 4, 22-300 Krasnystaw , KRS 0000097765 w celu związanym z prowadzonym postępowaniem na „Dostawę 1 szt. używanej karetki transportowej przeznaczonej do transportu pacjentów”

Oświadczam, że dane osobowe podaję dobrowolnie i zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej stanowiącej Załącznik Nr 2 do zaproszenia do składania ofert w postępowaniu na „Dostawę 1 szt. używanej karetki transportowej przeznaczonej do transportu pacjentów ”w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiani, który to fakt potwierdzam własnoręcznym podpisem.

1. Oświadczam, że wraz z ofertą składam następujące dokumenty:

……………………………………………………………..

………………………………………………………………………

………………………………………………………………………

………………………………………………………………………

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

 *Miejscowość i data Podpis Wykonawcy*